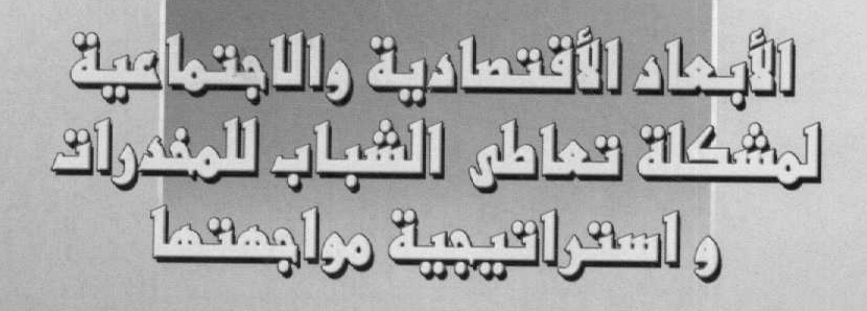
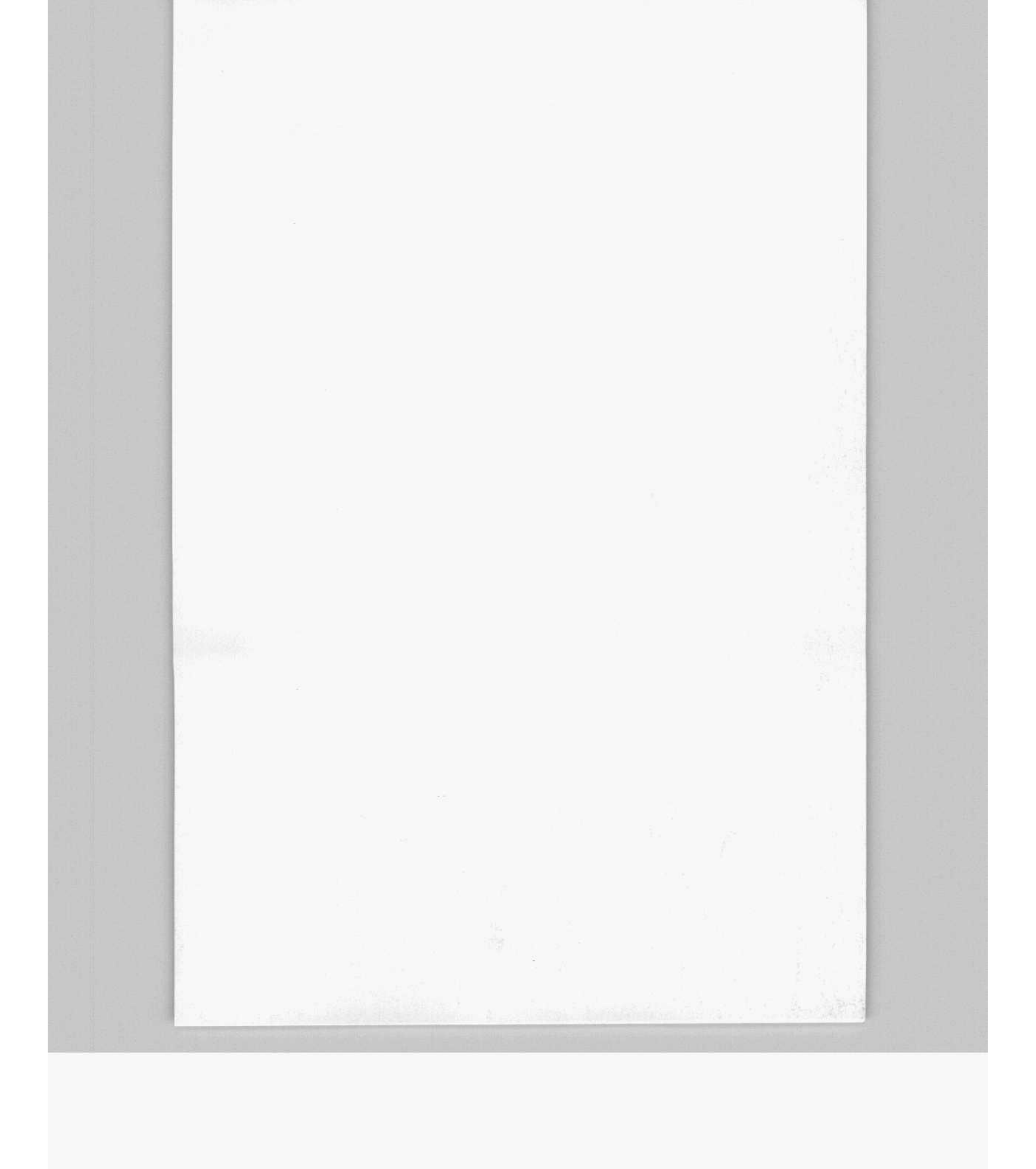
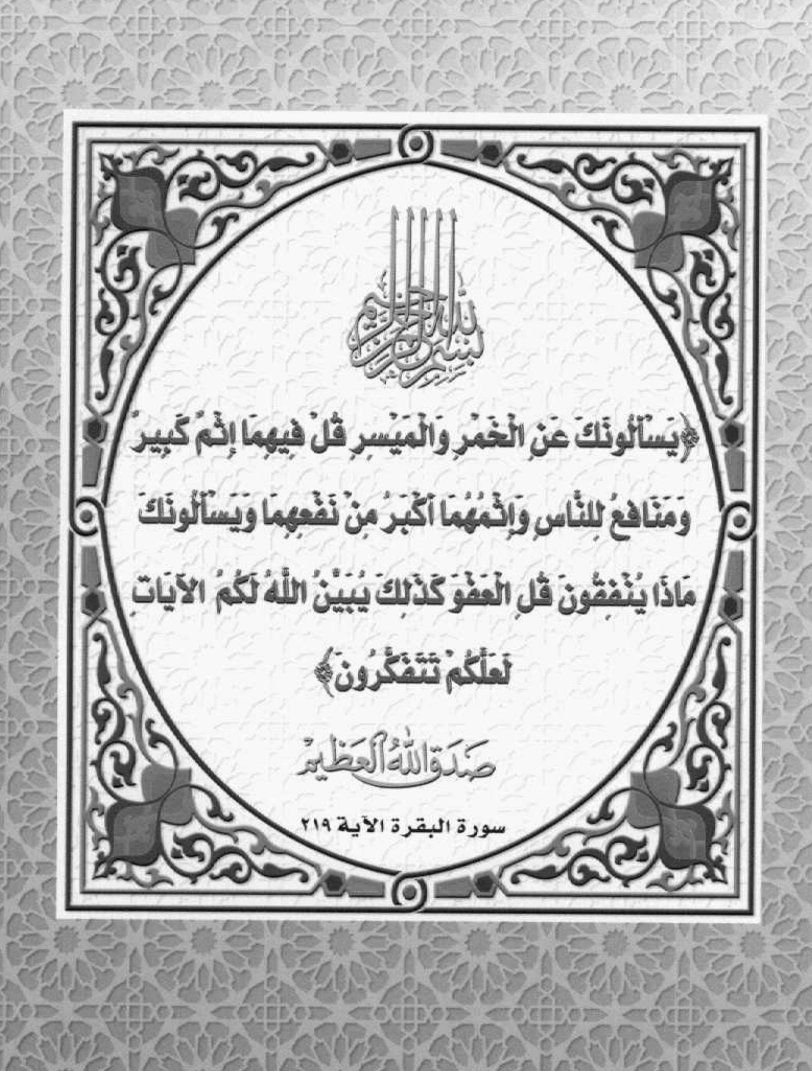


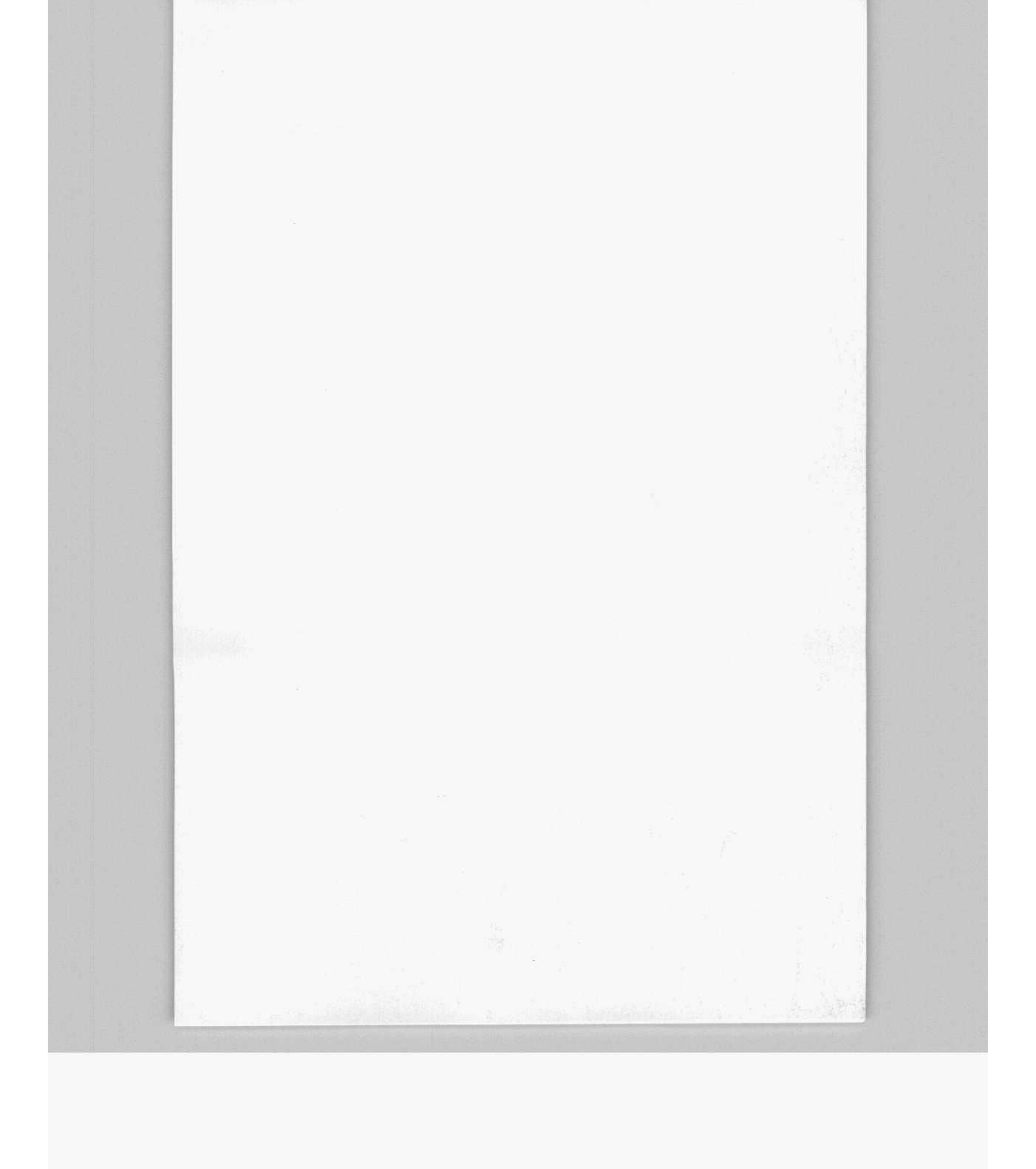
الأبعاد الأقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات واستراتيجية مواجهتها

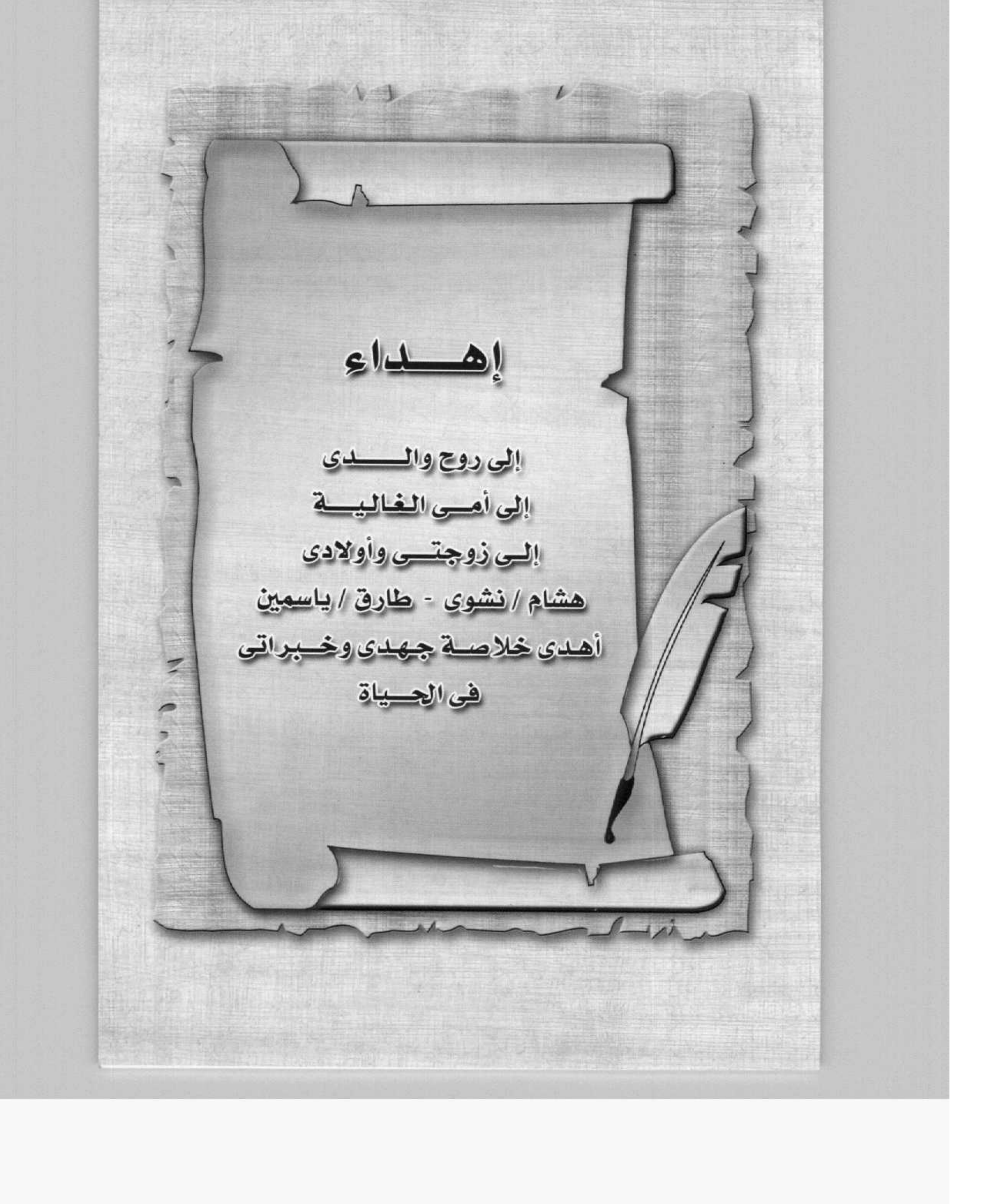
لواء دكتور/ سيد محمدين

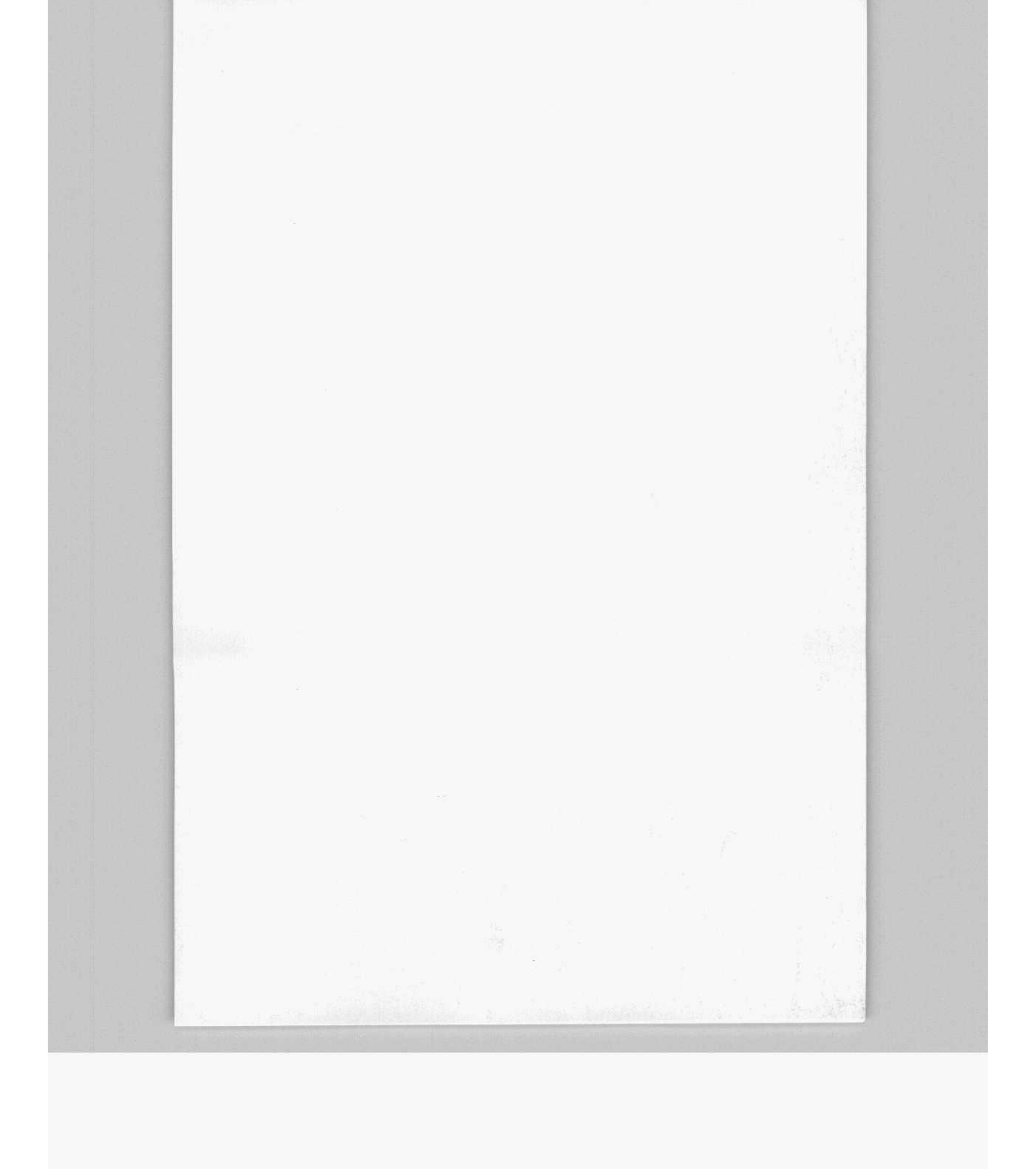
القاهرة ٢٠٠٣




بسم الله الرحمن الرحيم
﴿يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ
وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِن نَّفْعِهِمَا وَيَسْأَلُونَكَ
مَاذَا يُنفِقُونَ قُلِ الْعَفْوَ كَذَٰلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمُ الْآيَاتِ
لَعَلَّكُمْ تَتَفَكَّرُونَ﴾
صدق الله العظيم
سورة البقرة الآية ٢١٩




إهـــداء
إلى روح والـــدى
إلى أمـى الغـاليـة
إلـى زوجتـى وأولادى
هشام / نشوى - طارق / ياسمين
أهدى خلاصة جهدى وخبراتى
فى الحياة





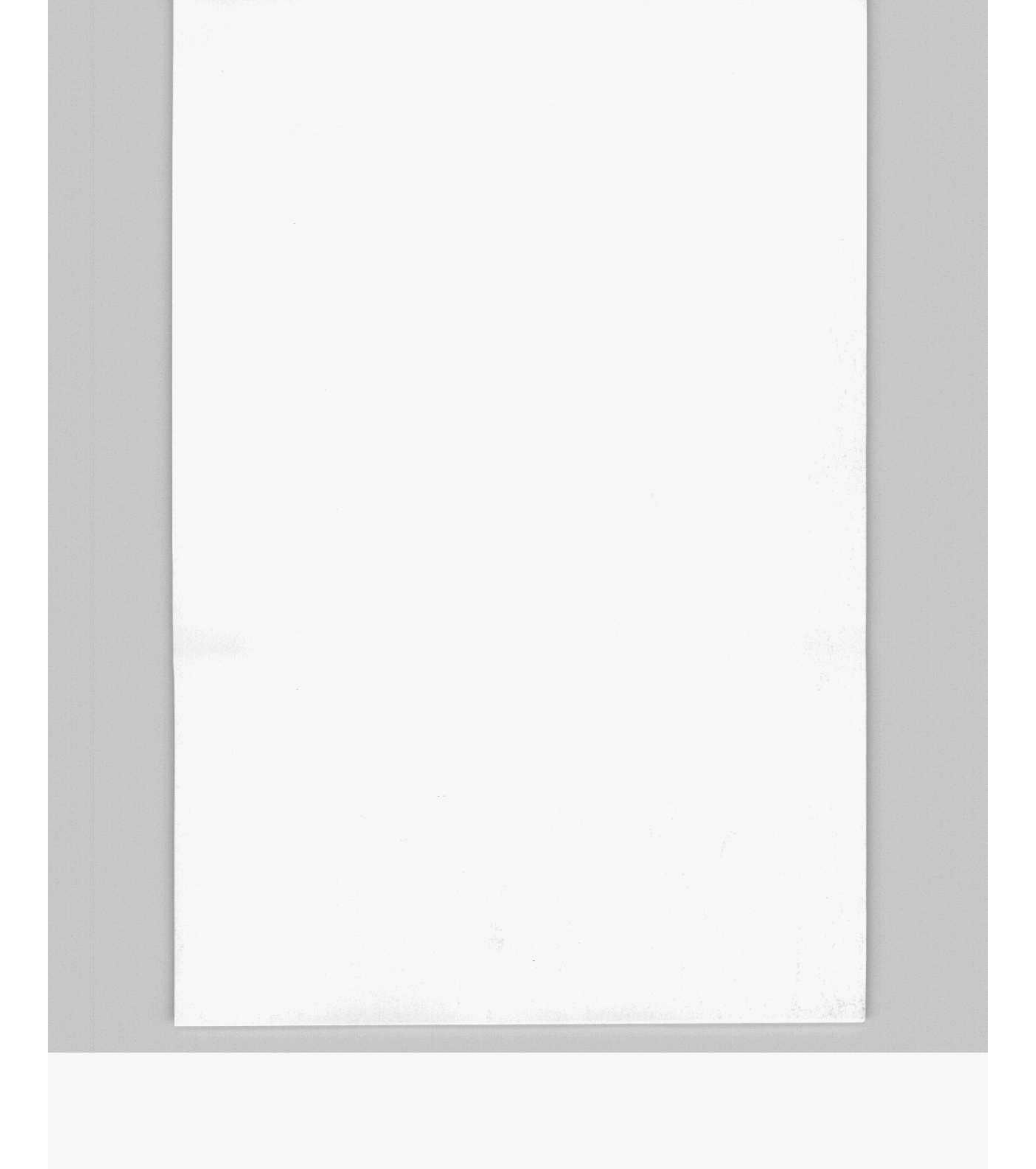
شكر وتقدير

أتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان والعرفان إلى وزارة الداخلية التى أتاحت لى فرصة إعداد هذه الدراسة .

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الإدارة العامة لمكافحة المخدرات وأكاديمية الشرطة والمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ومعهد التخطيط القومى .

على كل ما قدموه من مساعدات مخلصة وقيمة أثرت موضوع الدراسة .

" المؤلف " ....



تقديم:

يسعدنى أن اقدم هذا المؤلف الجاد تحت عنوان (الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات واستراتيجية مواجهتها) للسيد اللواء الدكتور / سيد محمدين والذى تناول موضوعاً بالغ الأهمية فى حياة الأمة .

إن هذه المشكلة لا تقتصر على الجانب الأمنى ، وإنما تمتد إلى عدة جوانب أخرى تمس الحياة الاجتماعية والاقتصادية ، وتؤثر تأثيراً سلبياً بالغاً فى نجاح التنمية البشرية . كل هذا فضلاً عن تعلقها بمستقبل مصر الذى يعتمد على شبابها وما يتسلحون به من قدرات وإمكانات تعينهم على النهوض بمصر .

وتعتمد الدراسة على منهجية واضحة ، وعلى تحديد دقيق لمجاله ، فجاءت نتائجها تتسم بالطابع العلمى الرصين .

وقد عنى المؤلف بتحديد الملامح العامة لمشكلة المخدرات محلياً وعالمياً . واستهل ذلك ببيان أنواع المخدرات سواء من حيث تأثيرها أو طبيعتها ، وبيان المخدرات التى يتم تداولها بين الشباب ، ثم عرض للتوزيع الجغرافى للمخدرات عالمياً ، وركز على الموقف الراهن فى مصر . وإذ فرغ المؤلف من هذا البيان تعرض بالبحث للدوافع الاقتصادية والاجتماعية وبعض الدوافع الشخصية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات .

فأشار فى معرض حديثه عن الدوافع الاقتصادية إلى تأثير قضية الفقر والبطالة ، وناقش فى معرض حديثه عن الدوافع الاجتماعية تأثير العشوائيات ، وانخفاض مستوى المشاركة السياسية ، وغير ذلك من العوامل الاجتماعية مثل الأوضاع الأسرية المتردية ، والقدوة والمثل الأعلى فى الأسرة ، وجماعة الأصدقاء ، والفرص المتاحة لتوافر المخدر . وقد عنى المؤلف بأن يعرض للدوافع الشخصية نحو تعاطى المخدرات والتى تتمثل فى مجموعة من

العوامل النفسية والاجتماعية ، مثل الهروب والتمرد والبحث عن السعادة وحب الاستطلاع والتجربة والمرض النفسى .

وعرض المؤلف للآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة المخدرات فى المجتمع المصرى ، فبين حجم مشكلة المخدرات فى مصر من خلال عرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بعدد قضايا المخدرات والمتهمين فيها ، وعرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بمضبوطات المخدرات ، وأوضح المؤلف حجم الخسائر المادية والبشرية لتعاطى المخدرات على المجتمع سواء من زاوية ما يتحمله المتعاطون مقابل شراء المواد المخدرة ، أو من زاوية ما يتحمله المجتمع ذاته من تكاليف ملموسة تنفق على مكافحة الجريمة أو على الرعاية الصحية ، وكذا الخسائر التى تقع على القوى العاملة الأجيرة . وبجانب ذلك أوضح المؤلف الآثار السلبية لتعاطى المخدرات سواء من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية . فمن الناحية الاجتماعية بين المؤلف الآثار العضوية والنفسية للتعاطى على شخص الفرد المتعاطى ، والآثار الاجتماعية التى تعود على أسرته ، وأوضح الدور الذى يمكن أن يلعبه التعاطى ضمن عوامل الجريمة ، وما قد ينجم عنه من حوادث الطرق . ومن الناحية الاقتصادية عنى المؤلف ببحث الآثار السلبية الاقتصادية للتعاطى من خلال محورين هما الاقتصاد القومى ، وقيمة الإنفاق المتوقع على شراء المواد المخدرة لمدة عشر سنوات مقبلة .

وفى ضوء النتائج المتقدمة التى أنتهى إليها المؤلف عنى بالتعرف على مدى الدور الذى تؤديه الجهود المحلية والدولية فى مكافحة ظاهرة التعاطى والإدمان للمخدرات . فأوضح ابتداءاً المقصود بالمكافحة وعرض لجانبها من زاوية عرض المخدرات والطلب عليها . وفيما يتعلق بمكافحة العرض بين أنها تقوم على ثلاثة دعائم ، هى المكافحة الأمنية والمواجهة التشريعية والمشاركة فى الاتفاقيات الدولية والإقليمية . وفيما يتعلق بمكافحة الطلب أوضح المكونات الرئيسية لخفض الطلب على المخدرات ، وهى الوقاية ، والعلاج ، وعنى المؤلف فى هذا الصدد ببيان الجهود الوطنية فى مكافحة المخدرات من خلال بحث

الإجراءات التى اتخذتها مصر تنفيذاً للاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدرات ، وبيان الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر ، والبرنامج القومى للوقاية من التعاطى وإدمان المخدرات ، ودور رجال المكافحة الأمنية والقانون فى الحد من ظاهرة المخدرات .

وبعد ذلك عرض المؤلف للجهود الدولية التى بذلت فى سبيل مكافحة المخدرات سواء من حيث الاتجار فيها أو تعاطيها . فعرض لاتفاقات الأمم المتحدة التى واجهت ظاهرة المخدرات أعوام (١٩٦١ ، ١٩٧١ ، ١٩٨٨) ، ثم بين المستجدات على الساحة العالمية فى مجال مكافحة المخدرات .

وفى ختام هذا العرض النظرى عنيت الدراسة بالتعرف على الجهود والإسهامات البحثية فى مجال دراسة ظاهرة المخدرات وخاصة فيما يتعلق بالتعاطى والإدمان ، واهتمت بعرض دراسة المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان فى سنة ١٩٩٩ وفى سنة ٢٠٠٠ . ولم يقتصر المؤلف على مجرد العرض بل عنى باستظهار فكره من خلال التعليق على الدراسات السابقة وإبداء ملاحظاته عليها .

وفى ضوء التأصيل النظرى للمشكلة عنى المؤلف بإجراء دراسة ميدانية تناولت الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والآثار المترتبة على تعاطى الشباب للمخدرات . وانتهى المؤلف فى ضوء نتائج هذه الدراسة إلى اقتراح منهج لمواجهة مشكلة المخدرات سعى فيه إلى صياغة إطار تصورى استراتيجى لهذه المشكلة .

وقد كان المؤلف موفقاً حين أكد أن مشكلة التعاطى تتداخل فيها حلقات ثلاث هى توافر المخدر من خلال الجلب والتهريب والزراعة وتصنيع العقاقير ، والتجارة ، والسياق المجتمعى من خلال العوامل الاجتماعية والاقتصادية التى يفرزها المجتمع وتهيئ بدورها لحدوث المشكلة ، ومواجهة القانون للمشكلة بجميع أطرافها .

وعلى أساس من هذا التشخيص لحلقات المشكلة عنى المؤلف بتحديد أساليب المواجهة

وتصوراته المقترحة لجوانب المشكلة داخل كل حلقة من هذه الحلقات الثلاث ، وعرض نتائج دراسته .

ويشعر المطلع على هذا الكتاب بسعادة غامرة بعد الانتهاء من الاطلاع عليه لأن صاحبه قد عنى بلمس أحد الأبعاد الأساسية للأمن القومى المصرى والذى يعتمد على التنمية البشرية وتأثيرها فى تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

لقد أعجبنى فى المؤلف تكامل الزوايا التى عالج فيها الموضوع والتى أسهمت فى تقديم رؤية متكاملة للمشكلة وآثارها السلبية وأساليب مواجهتها . فلم يكن المؤلف مجرد بحث للجوانب الأمنية ، أو الاجتماعية أو الاقتصادية للمشكلة ، وإنما كان فى حقيقة الأمر بحثاً من بحوث التنمية .

فإن أخطر ما يهدد التنمية ما يصيب البشر الذين تعتمد عليهم التنمية فى تنفيذ خططها ، وكذلك أيضا تلك الأخطار التى تهدد نتائجها فتكون بمثابة نزيف مستمر يضعف جسم الأمة وينتهى بها إلى الوهن أو الخوار .

فلا قيمة لخطط التنمية وتوفير إمكانياتها وتربية أبناء الأمة وتدريبهم ، إذا أمكن لداء المخدرات أن يتسلل إلى البلاد فيقوض خطط التنمية ويكون معول هدم لها ويشوه ما يجب أن يتوافر من خصائص سكانية لازمة لتحقيق التنمية .

وإذا كانت التنمية المتكاملة تقتضى ايلاء جانب الحفاظ على البيئة وإعطائه بعداً هاماً فى تخطيطها وتنفيذها ، فإن مشكلة المخدرات تمثل بعداً من أبعاد التلوث البيئى التى يصيبها فى الصميم ، فتكون التنمية من غير القضاء على هذا التلوث ومواجهته المستمرة محض خطط وتصورات وجهود غير مجدية ، لأنها لا تتوافق مع مجتمع أنهكه تعاطى المخدرات .

ولهذا استحق هذا المؤلف بجدارة الحصول على الدكتوراه من مركز الدراسات والبحوث البيئية بجامعة عين شمس ، لأنه يتصل كل الاتصال بحماية البيئة .

ولست أشك فى أن هذا المؤلف سوف يكون أحد المراجع العامة فى المكتبات العربية والأجنبية التى تتناول الخطط والاستراتيجيات اللازمة لمواجهة قضية التنمية من أبعادها المختلفة .

لقد قدم المؤلف حصيلة وافرة من الدراسة والبحث المتكامل ودعمه بفكره وشخصيته وخبرته ، فاستحق كل تقدير . وأرجو أن يكون هذا المؤلف دائما أمام كل مخطط للتنمية ، حريص على الوصول إلى تنمية متكاملة متكافئة ، لأنه سوف يجد فيه خير معين لضمان حماية البيئة الاجتماعية من أخطار تعاطى المخدرات التى تهددها فى الصميم .

والله الموفق والمستعان

د / أحمد فتحى سرور

المقـدمـة:

احتلت مشكلة انتشار المخدرات بين الشباب فى الآونة الأخيرة موقع الصدارة وأصبحت تشكل ظاهرة اجتماعية تمثل مشكلة من أخطر المشاكل التى تواجه المجتمع المصرى فى أبنائه ، لما لها من آثار مدمرة اقتصاديا واجتماعيا سواء على المجتمع أو على الأسرة أو على الفرد ، بالإضافة إلى تفشيها بين جميع الأعمار والمستويات والفئات الاجتماعية وتأثيرها السيئ صحياً واجتماعياً واقتصادياً عليهم .

إن هؤلاء الشباب الذين نعتبرهم نصف الحاضر وكل المستقبل وهم أيضا عنصر القوة والفعالية بالوطن ، يتعرضون للعديد من المشكلات التى تحد من كفاءتهم ، وتعرقل طموحاتهم وتقدمهم ، وأشد هذه المشكلات فتكا بهم يتمثل فى انتشار هذه المواد المخدرة والمؤثرة على الحالة النفسية ، بالإضافة لما يعانونه من مشكلات أخرى تتفاعل وتزيد من وطأة هذه المشكلة اللعينة .

وتؤكد الدراسات والإحصائيات أن تفشى هذه المشكلة فى ازدياد مستمر ، وهى رغم كل الجهود المبذولة تعتبر بعيدة عن الانحسار ، حيث بلغ عدد قضايا المخدرات التى تم ضبطها عام ١٩٧٩ بمعرفة أجهزة المكافحة ٤٧١٠ قضيه بينما وصلت إلى ١١١٣١ قضية عام ١٩٨٨[١] أى بعد عشر سنوات ولا يزال التصاعد مستمراً .

هذا وتشير آخر التقارير الدولية لعام ١٩٩٩ إلى أن حوالى ٧,٧٪ من سكان العالم يتعاطون المواد المخدرة بأنواعها المختلفة ويقدر عددهم بنحو ٤٤٥,٦ مليون نسمة من إجمالى ٦ مليارات نسمة[٢] وهذا العدد آخذ فى الازدياد .

ونظراً لأن مشكلة المخدرات لا يمكن مواجهتها إلا بتضافر كافة الجهود المحلية الرسمية

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٨ ، ص ٣٣١ .
(٢) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٩ ، ص ٢٣٤ .

والأهلية مع الجهود الدولية ، وأن جهود الوقاية تكون أعلى كفاءة وفعالية كلما بدأت فى مرحلة مبكرة من التعاطى ، بل وقبل البدء فى تجريب وتعاطى هذه المواد ، فإن مواجهة مشكلة المخدرات يتطلب وجود استراتيجية موضوعية تتناول بالضرورة الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية والقانونية والصحية لهذه المشكلة ، وضرورة وجود آليات تقوم بإعداد وتنفيذ برامج ومشروعات مشتركة بين الجهات التنفيذية المضطلعة بمجال الوقاية من التعاطى والإدمان فى إطار تلك الاستراتيجية تحقيقاً للتنسيق وتكامل الجهود التى تستهدف كل فئات وطبقات المجتمع المصرى .

ومنذ منتصف السبعينيات تحولت ظاهرة انتشار المخدرات إلى ظاهرة اجتماعية معقدة ذات تكلفة اقتصادية واجتماعية باهظة تضيف أعباء إضافية متزايدة إلى الاقتصاد المصرى الذى يعانى أصلاً من مشكلات متعددة مما ينعكس سلباً على خطط وبرامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

وتركز هذه الدراسة على تحديد ملامح مشكلة المخدرات فى مصر وعلى معرفة أبعادها الاجتماعية من أجل إيجاد وسائل وبرامج وقائية تحمى الشباب من أخطار التردى فى بؤر التعاطى والإدمان وتصون المجتمع من الآثار المدمرة لهذه المشكلة على صحة الشباب ومدى تأهيله للمستقبل وتستهدف حمايته من هذه الهجمة الشرسة على كيانه .

كما تركز الدراسة على معرفة الأبعاد الاقتصادية للمشكلة من خلال التعرف على الحجم الحقيقى لمشكلة المخدرات والعبء المادى الذى تلقيه تكلفة الإنفاق على المخدرات سواء بالعملة الصعبة أو بالعملة المحلية على الاقتصاد المصرى المجهد . وكيفية مواجهة هذه المشكلات .

وقد استعان الباحث بالعديد من الدراسات النظرية والميدانية السابقة فى هذا الموضوع وذلك لتأصيل نتائج البحث وإتاحة الفرص لإجراء المقارنات والتحليل فى إطار موضوعى يثرى الحيادية العلمية .

وقد اشتملت الدراسة على بابين تضمن الباب الأول منهما " الدراسة النظرية " فى ستة فصول ، بينما تضمن الباب الثانى " الدراسة الميدانية " فى ثلاثة فصول على النحو التالى

* **الباب الأول : الدراسة النظرية وقد احتوى على عدة فصول ومباحث :**

الفصل الأول : خصص لعرض الإطار المنهجى للدراسة وتضمن شرح المشكلة المطروحة للدراسة وأهميتها وأهدافها ، كذلك تساؤلات الدراسة ومناهجها وأدواتها ، ومفاهيم الدراسة ومجالاتها التى شملت عدة مستشفيات بمدينة القاهرة الكبرى .

الفصل الثانى : خصص لعرض الملامح العامة لمشكلة المخدرات عالمياً ومحلياً وتضمن أربعة مباحث .. كما يلى :

المبحث الأول : أنواع المخدرات ، ناقش فيه الباحث أنواع المخدرات الطبيعية والتخليقية ونصف التخليقية وكذلك المهبطات منها والمنشطات والمهلوسات بكافة أنواعها وأثرها على المتعاطى .

المبحث الثانى : المخدرات المستحدثة بين الشباب ، وفيه ألقى الباحث الضوء على ما هو جديد فى سوق المخدرات المعروفة لدى الشباب المصرى وكلها مواد مخلقه فى المعامل السرية وهى مدمرة للصحة العامة والصحة النفسية للمدمن مثل إلكراك والآيس و أل . أس . دى . والاكستازى .. الخ .

المبحث الثالث : التوزيع الجغرافى للمخدرات عالمياً ، حيث تمثل ظاهرة المخدرات سواء بالتعاطى أو بالإدمان ظاهرة عالمية تشارك فيها كافة الدول خاصة دول المثلث الذهبى " تايلاند - بورما - لاوس " أو دول الهلال الذهبى " باكستان - أفغانستان - إيران " التى تخصصت فى زراعة وإنتاج وصنع المخدرات .

المبحث الرابع : الموقف الراهن لمشكلة المخدرات فى مصر ، باعتبارها ليست من الدول المنتجة للمخدرات بصفة عامة ولكنها من الدول المستهلكة لها ، أضف إلى ذلك موقعها الجغرافى المتميز الذى جعل منها نقطة عبور مهمة للمخدرات تسعى إليها العصابات الدولية .

الفصل الثالث : خصص لعرض الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات وقد اشتمل على **ثلاثة مباحث** ، **الأول** خاص بالدوافع الاقتصادية

والثانى خاص بالدوافع الاجتماعية **والثالث** خاص بالدوافع الشخصية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات وفيه ناقش الباحث الظاهرة بما تنطوى عليه من دوافع عديدة منها ما هو اقتصادى يتعلق بطبيعة الظروف الاقتصادية كالفقر والبطالة ، وتأخر سن الزواج ، ومنها ما هو اجتماعى . إذ أكدت الدراسات أن التفكك الأسرى عادة ما يعد سبباً قوياً ومباشراً للانحراف ، فالأسرة المنهارة تعد أحد أسباب تعاطى المخدرات .

الفصل الرابع : تناول الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة المخدرات فى المجتمع المصرى ، وقد اشتمل على **ثلاثة مباحث** ، **الأول** خاص بعرض حجم المخدرات فى مصر من خلال محورين أساسيين هما عرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بعدد قضايا المخدرات التى تم ضبطها خلال الفترة (١٩٩١ - ٢٠٠٠) أى عشر سنوات وعدد المتهمين فيها . وعرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بمضبوطات المخدرات خلال نفس الفترة . **والثانى** خاص بعرض الخسائر المادية والبشرية لتعاطى المخدرات على المجتمع . وفيه قام الباحث بحساب التكاليف التى يدفعها المتعاطون مقابل شراء المواد المخدرة ، وكذلك رصد كميات المخدرات التى تم ضبطها بمعرفة أجهزة المكافحة فى الفترة من (١٩٩١- ٢٠٠٠) وتقدير حجمها الحقيقى بعشرة أمثالها باعتبار أن حجم المخدرات المضبوطة فى سوق الاتجار غير المشروع لا يمثل سوى ١٠٪ من حجم كميات المواد المخدرة المتداولة[(١)] .

والمبحث الثالث خصص لعرض الآثار السلبية لتعاطى المخدرات على الفرد والأسرة

---

(١) راجع كلاً من :

- محمود عبد الفضيل ، جيهان دياب ، أبعاد ومكونات الاقتصاد الخفى وحركة الأموال السوداء فى الاقتصاد المصرى (١٩٧٤ - ١٩٨٤) فى إطار نظام متطور للحسابات النقدية ، مجلة مصر المعاصرة ، الجمعية المصرية للاقتصاد السياسى ، العدد ٤٠٠ ، أبريل ١٩٨٥ ، ص ٥ .
- فتحى عيد ، السنوات الحرجة فى تاريخ المخدرات ، نذر الخطر وعلامات التفاؤل ، سلسلة مركز أبحاث الجريمة ، الكتاب السابع ، وزارة الداخلية ، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية ، المملكة العربية السعودية ، الرياض ، ١٩٨٧ ، ص ٥٨ .
- انظر : مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، سلسلة عالم اليوم ، العدد ٢٠٥ ، الكويت ، ١٩٩٦ .

والمجتمع وفيه يلقى الباحث الضوء على كافة الآثار التى تنتج عن تعاطى والإدمان على الفرد فى حالته الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية وأيضا فى علاقاته بالآخرين وفى عنفه تجاه المجتمع وعزلته عنه بسبب عدم التزامه بالقواعد الأخلاقية السائدة أو لجوئه لطرق غير مشروعة للحصول على المال . ثم يصبح فى النهاية عبئاً على أسرته وعلى المجتمع . كما يلقى الباحث الضوء على ما تعانى منه الأسرة من جراء تعاطى وإدمان أحد أبنائها ومدى رفض المجتمع له .

الفصل الخامس : تناول الجهود الدولية والمحلية لمكافحة المخدرات وتضمن **ثلاثة مباحث** ، **الأول** فى مفهوم المكافحة وشرح فيه الباحث تلك الجهود التى ترمى إلى مكافحة التهريب والتصنيع والزراعة والاتجار والتوزيع والحيازة غير المشروعة للمواد المخدرة . وهو ما يسمى جهود مكافحة العرض . أما إجراءات خفض الطلب فهى تشير إلى جميع السياسات والإجراءات التى تستهدف خفض رغبات المستهلكين وجهودهم فى سبيل الحصول على المواد المخدرة إلى أدنى درجة ممكنة . **والثانى** خاص بعرض الجهود المحلية ومناقشة العديد من الموضوعات التى تبرز ما قامت به الحكومة المصرية وهيئاتها المختلفة كجهود محلية ، وذلك مثل الإجراءات التى تم اتخاذها تنفيذا للاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدرات والإستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر والبرنامج القومى للوقاية من التعاطى وإدمان المخدرات . **والثالث** خاص بعرض الجهود الدولية وفيه يسعى الباحث إلى التعرف على الجهود المبذولة فى العالم خلال الاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدرات سواء كان اتجاراً أو تعاطياً وخاصة أن أغلب مجتمعات العالم تعانى من هذه المشكلة وتتضرر منها .

الفصل السادس : خصص لعرض الإسهامات البحثية فى مجال تعاطى وإدمان المخدرات وفيه قام الباحث بمناقشة الوضع الراهن لدراسات المخدرات فى محاولة لتوضيح صورة عامة لما تبدو عليه الدراسات العالمية والمحلية السابقة ، والجوانب التى اهتمت بها هذه الدراسات فى معالجة الظاهرة .

* **الباب الثانى : الدراسة الميدانية وتضمنت ثلاثة فصول على النحو التالى :**

الفصل الأول : الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين وفيه يسعى الباحث إلى إلقاء الضوء على الخصائص الاجتماعية للمدمنين الذين شملتهم الدراسة وتتمثل هذه الخصائص فى السن والتعليم والحالة الاجتماعية والظروف الأسرية المحيطة بالمدمن والموقف من العمل والحالة الاقتصادية . ويتم التركيز فى هذا الفصل على أربعة عناصر مهمة هى البدايات المبكرة للتدخين والخصائص العمرية وملامح البناء الأسرى لعينة الدراسة (حجم الأسرة والحالة الزواجية والتعليم والمسكن) والاستقطاب الحضرى لظاهرة المخدرات والخصائص الاقتصادية لأفراد العينة وأسرهم . حيث تتفاعل هذه المتغيرات فيما بينها وتشكل سياقاً اجتماعياً يكون أكثر تهيئة لحدوث ظاهرة التعاطى .

الفصل الثانى : الآثار المترتبة على تعاطى الشباب للمخدرات وخصص لمناقشة الآثار المترتبة على ظاهرة التعاطى بين الشباب من خلال التعرف على الهدر الاجتماعى للطاقة والقدرة للمدمن ، الموقف من العمل أو الدراسة للمدمن ، المتعاطون والمجتمع ، المتعاطون والأسرة.

الفصل الثالث : نحو استراتيجية مقترحة لمواجهة مشكلة المخدرات وفيه يسعى الباحث إلى صياغة إطار تصورى استراتيجى لمواجهة المشكلة ، من خلال رؤية شاملة تتعامل مع روافد المشكلة بأبعادها المختلفة ، فمشكلة تعاطى المخدرات تعتبر من المشكلات التى تتداخل حلقاتها ، بدءاً من حلقة جلب المخدرات والاتجار والترويج إلى حلقة العوامل الاجتماعية والاقتصادية التى يفرزها السياق الاجتماعى والتى تساعد بدورها فى حدوث المشكلة . وحلقة القانون ونصوصه ومحاولات احتوائه لأطراف المشكلة .

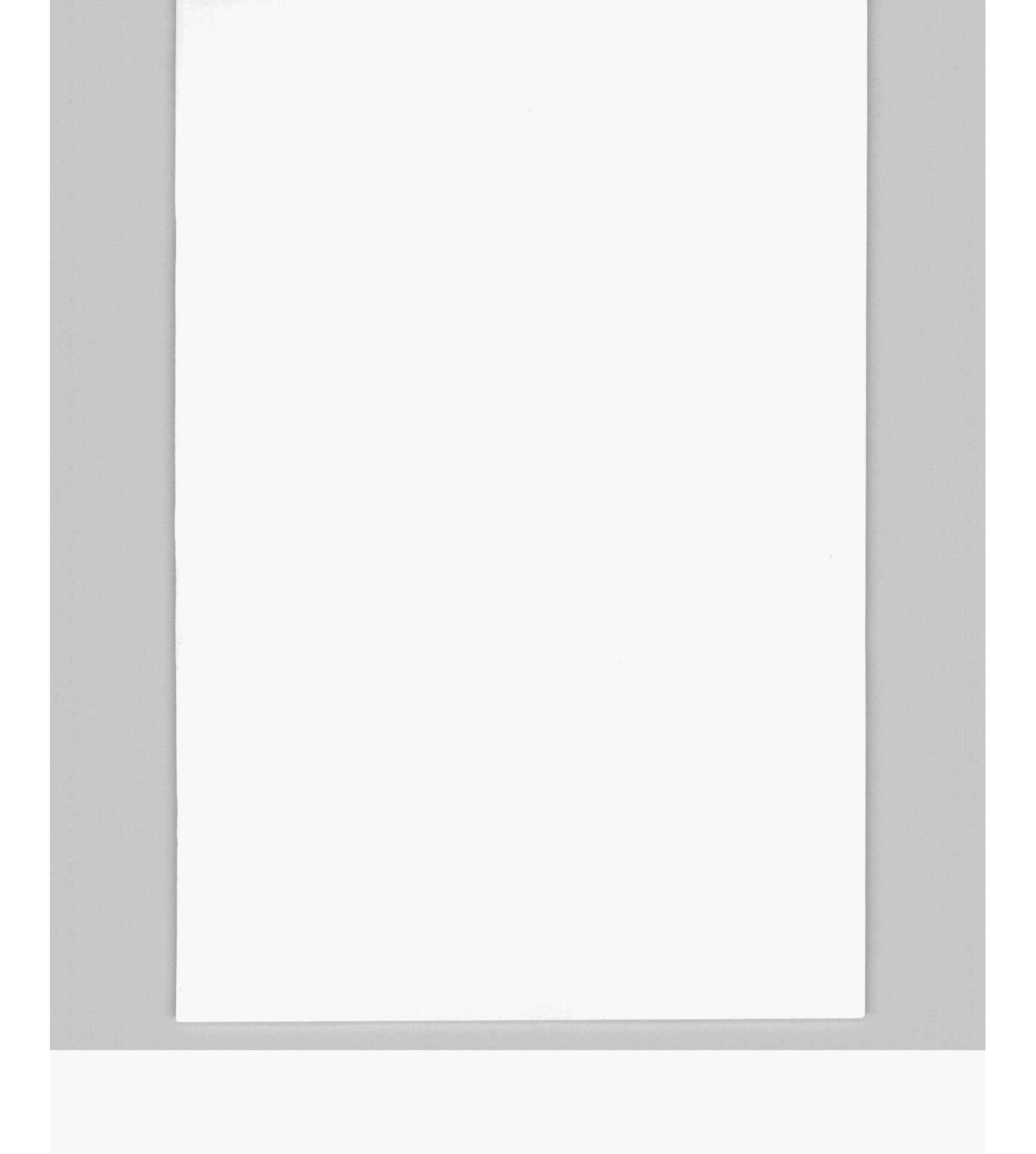
وأخيرا تأتى **الخاتمة** التى يقدم فيها الباحث عرضاً لأهم ما توصلت إليه الدراسة فى ضوء التساؤلات السابق طرحها فى الفصل المنهجى ، ثم عرض نتائج الدراسة ثم التوصيات التى يمكن أن تسهم فى القضاء على مشكلة المخدرات أو حتى الحد منها ، ثم تأتى الملاحق والمراجع التى تم الاستعانة بها .



الباب الاول

الدراسة النظرية





الباب الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول : الإطار المنهجى للدراسة .

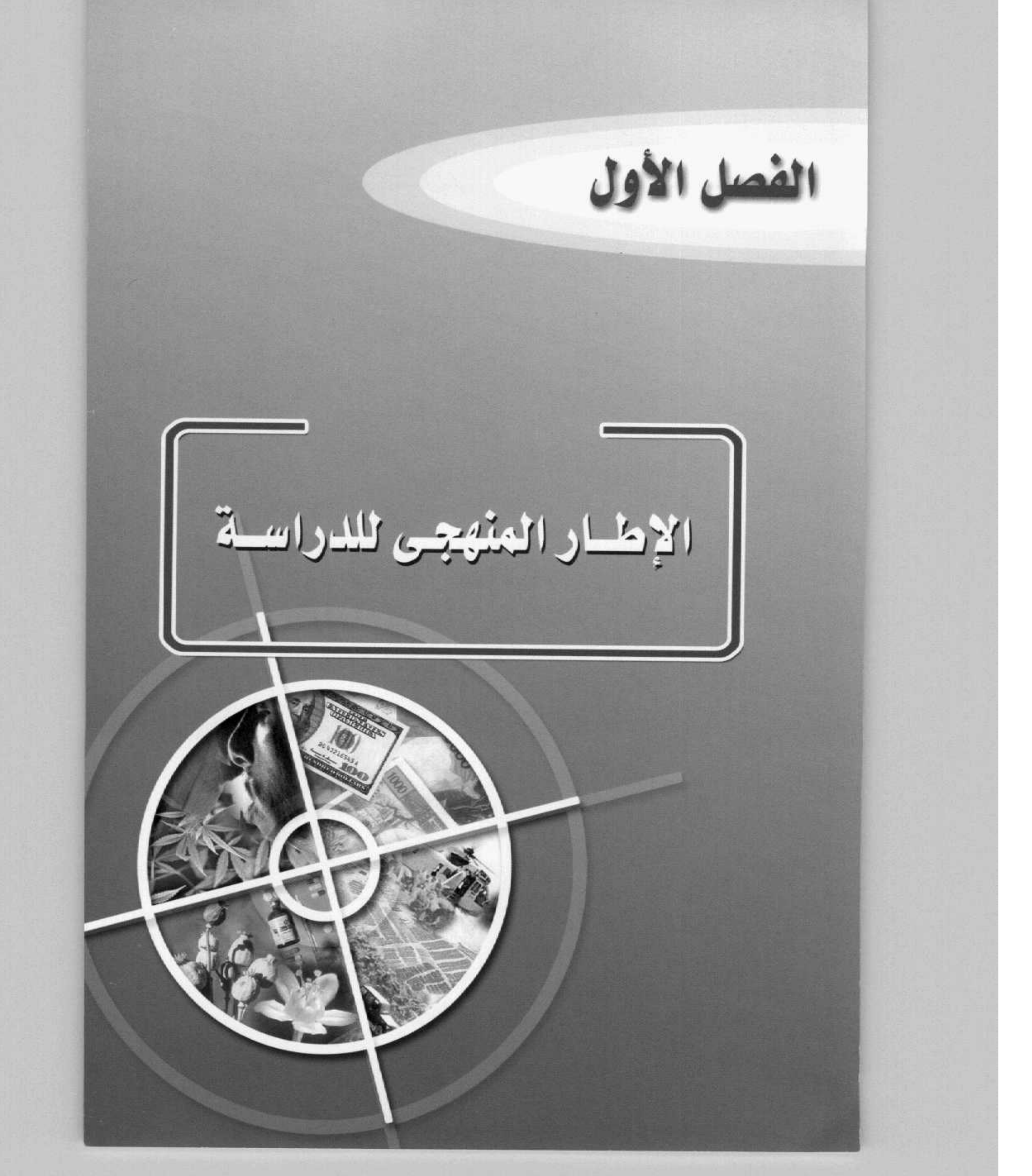
الفصل الثانى : الملامح العامة لمشكلة المخدرات عالمياً ومحلياً .

الفصل الثالث : الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات .

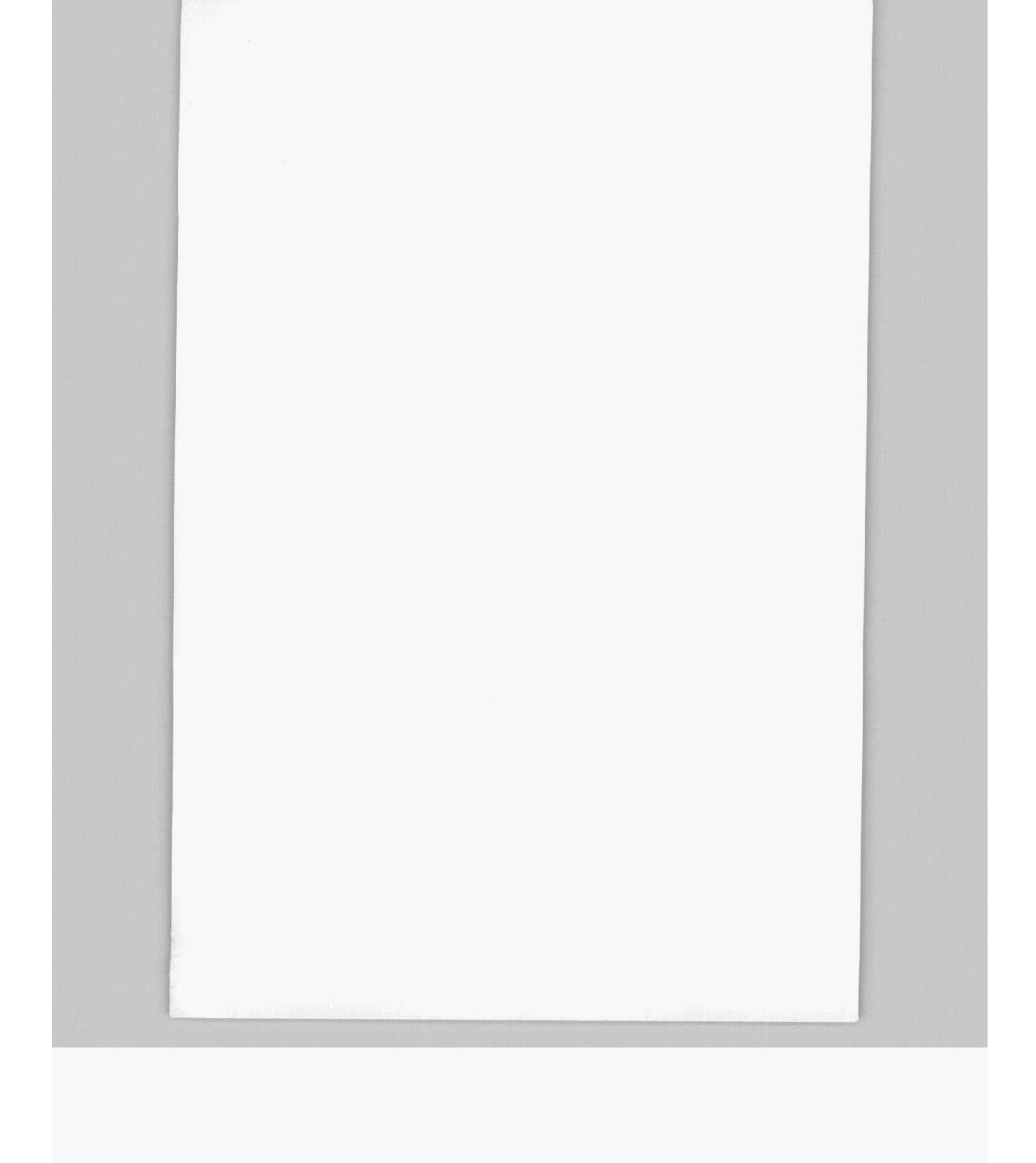
الفصل الرابع : الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة المخدرات فى المجتمع المصرى .

الفصل الخامس : استراتيجيات مكافحة ظاهرة انتشار المخدرات محلياً وعالمياً .

الفصل السادس : الإسهامات البحثية فى مجال تعاطى وإدمان المخدرات .



الفصل الأول
الإطـار المنهجى للدراسـة



الفصل الأول
الإطار المنهجى للدراسة

أولاً : مشكلة الدراسة .
ثانياً : أهمية الدراسة .
ثالثاً : أهداف الدراسة .
رابعاً : تساؤلات الدراسة .
خامساً : مناهج الدراسة وأدواتها .
سادساً : مفاهيم الدراسة .
سابعاً : مجالات الدراسة .

تمهيد :

تعتبر مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات من أهم المشكلات التى تواجه المجتمع والتى تقتضى القيام بعمل كافة البحوث والدراسات اللازمة من أجل مواجهتها والحد من نطاقها ، درءاً لما تؤدى إليه من آثار مدمرة على الصعيدين الاقتصادى والاجتماعى وما يترتب عليها من انعكاسات سلبية على الظاهرة الإجرامية .

لذا يسعى الباحث فى هذا الفصل إلى محاولة لتحديد الإجراءات المنهجية ، التى استخدمها فى إعداد هذه الدراسة ، بداية من استعراض المشكلة وأهميتها وأهدافها وتساؤلاتها ومنهجها وأدواتها حتى مفاهيمها ومجالاتها الجغرافية والبشرية والزمنية.
وسوف نتناول كل إجراء من هذه الإجراءات على النحو التالى :

أولاً : مشكلة الدراسة :

شهدت مصر منذ منتصف السبعينيات وأوائل الثمانينيات هجمة شرسة على أمنها ومستقبل أبنائها بتدفق عشرات الأطنان من مخدر الحشيش الوارد إليها من الخارج وكذا دخول مخدر الهيروين الذى جذب إليه كثيرا من طبقات المجتمع خاصة فئة النشء والشباب ، إضافة لتوافر كثير من المواد المخدرة الأخرى كالأفيون والعقاقير المؤثرة على الحالة النفسية والماكستون فورت فى سوق الاتجار غير المشروع للمخدرات ، ثم ظهر مخدر البانجو بكمياته الوفيرة وأسعاره الرخيصة ليزيد من حجم المشكلة وتتحول ظاهرة انتشار المخدرات من مجرد ظاهرة اجتماعية إلى مشكلة قومية معقدة ذات تكلفة اقتصادية واجتماعية باهظة ، تضيف أعباء إضافية إلى الاقتصاد المصرى الذى يعانى أصلاً من مشكلات متعددة مما ينعكس سلباً على خطط وبرامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية ،

ومازال عدد المدمنين يزداد يوماً بعد يوم ، ويرجع ذلك إلى العديد من الأسباب أهمها قفزات الثراء التى حققتها بعض الفئات إضافة لزيادة مشكلات الأسرة والمجتمع والانعكاسات السلبية لنظام العولمة الجديد .

لذا فإن الدراسة الراهنة تحاول التصدى لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ، لما تنطوى عليه من تهديد حقيقى للمجتمع المصرى ، وذلك بسبب تأثيرها البالغ على كافة أشكال النشاط الاجتماعى والاقتصادى ، فضلا عن تأثيرها على العنصر البشرى من النواحى الصحية والعقلية والنفسية والاجتماعية كما يمتد هذا التهديد ليشمل كافة المستويات والطبقات فلم يعد المتعاطى أو المدمن ذلك الشخص الذى ينتمى إلى الطبقات الدنيا ، بل أصبح ينتمى إلى طبقات اجتماعية واقتصادية متوسطة وعالية كما يمتد هذا التهديد من ناحية أخرى على انسيابها داخل قطاعات الشباب ، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات الوبائية الخاصة بالتعاطى بين طلاب المدارس والجامعات التى قام بها مصطفى سويف[١] .

مما سبق يمكن بلورة مشكلة البحث الراهن فى قضية محورية مؤداها :

– أن الدراسات المتاحة فى مجال المخدرات تشير إلى انتشار هذه الظاهرة بين الفئات العمريه المبكرة وبشكل خاص الشباب والمراهقين ، ويمثل ذلك هدراً لطاقات المجتمع ، وانعكاسات سلبية على الواقع ، ويتطلب الأمر الكشف عن الأبعاد التى تسهم فى حدوث هذه المشكلة وذلك بهدف وضع مقترحات للحد منها على مختلف مستوياتها الاجتماعية .

– أن ما تسعى إليه الدراسة هو صياغة إطار استراتيجى يسهم فى الحد من المشكلة ومن آثارها السلبية .

ثانياً : أهمية الدراسة :

انطلاقاً من مشكلة الدراسة ، نجد أنها تنطوى على أهمية نظرية وتطبيقية يمكن بلورتها فى النقاط التالية :

(١) المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، المجتمعات المستهدفة للتعاطى والاتجار فى المخدرات ، صندوق مكافحة وعلاج التعاطى والإدمان ، القاهرة ، ٢٠٠٠ ، ص٨٢ .

١- تتناول الدراسة قطاعاً عريضاً من المجتمع المصرى وهو قطاع الشباب الذين يمثلون حاضره ومستقبله ، ومن ثم فإن استمرار تعاطى الشباب للمخدرات يمثل كارثة تهدد كيانه .

٢- دراسة الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة على تعاطى الشباب للمخدرات ربما يمثل رؤى واقعية تساند المخططين وصناع السياسة فى وضع الأسس والبرامج اللازمة لمكافحة ظاهرة التعاطى بين الشباب .

٣- هناك الكثير من البحوث والكتابات المرتبطة بموضوع تعاطى الشباب للمخدرات غير أن دراسة الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية ، خاصة فى ظل التحولات الراهنة التى تمر بها مصر وغيرها من شعوب المنطقة العربية ، ربما يفرز نتائج جديدة تلائم الظروف الراهنة من ناحية ، وتمثل إضافة إلى تراث دراسات المخدرات من ناحية أخرى .

٤- تواكب هذه الدراسة الاهتمام العالمى بمشكلة المخدرات من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة ، ومن ثم فإن هذه الدراسة تمثل استجابة لرغبة مجتمعية محلية وعالمية فى آن واحد .

ثالثاً : أهداف الدراسة :

يتبلور الهدف العام للدراسة فى محاولة للوصول إلى استراتيجية مقترحة تحوى العديد من الأساليب والتوصيات التى يمكن أن تسهم فى القضاء على مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات أو حتى التقليل من آثارها .. وذلك فى ضوء الخصوصية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع المصرى ، ولتحقيق ذلك الهدف فإن الدراسة تسعى إلى محاولة التعرف على الجوانب التالية :

١- الملامح العامة لمشكلة المخدرات محلياً وعالمياً .

٢- الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات .

٣- الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات .

٤- استراتيجيات مكافحة ظاهرة انتشار المخدرات محلياً وعالمياً .

٥- الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمدمنين .

٦- التصور المستقبلى المقترح لمكافحة مشكلة انتشار تعاطى الشباب للمخدرات .

رابعاً : تساؤلات الدراسة :

من خلال مشكلة الدراسة وأهدافها الرئيسية يمكن بلورة تساؤلاتها فى جانبين :

الأول : الجانب النظرى :

١- ما هى الملامح العامة لمشكلة المخدرات محلياً وعالمياً ؟

ويندرج تحت هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية :

-ما هى أنواع المخدرات وخصائصها وملامح تطورها والمستحدث منها بين الشباب ؟

-ما هو التوزيع الجغرافى للمخدرات فى العالم ؟

- ما هو الموقف الراهن لمشكلة المخدرات في مصر ؟

٢- ما هى الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ؟

يندرج تحت هذا السؤال عدة تساؤلات فرعية هى :

- ما هو أثر التحولات الاقتصادية والاجتماعية على مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ؟

- هل هناك علاقة بين تضخم معدلات البطالة وفقدان الحلم بالمستقبل وتعاطى الشباب للمخدرات ؟

- هل هناك علاقة بين تدنى مستوى المعيشة ومشكلة تعاطى الشباب للمخدرات؟

٣- ما هى الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ؟

يندرج تحت هذا السؤال عدة تساؤلات فرعية هى :

- ما هو حجم مشكلة المخدرات فى مصر .
- ما هى الخسائر المادية والبشرية لتعاطى المخدرات على المجتمع ؟
- ما هى الآثار السلبية لتعاطى المخدرات على الفرد والأسرة والمجتمع ؟

٤- ما هى الاستراتيجيات المتعارف عليها محلياً وعالمياً لمكافحة ظاهرة انتشار المخدرات ؟

ويندرج تحت هذا السؤال عدة تساؤلات فرعية هى :

- ماهية المكافحة وأنواعها .
- ما هى الجهود المحلية التى بذلت لمكافحة ظاهرة انتشار المخدرات ؟
- ما هو دور الأجهزة المعنية فى الحد من مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ؟

الثانى : الجانب الميدانى :

ويشمل هذا الجانب العديد من التساؤلات على النحو التالى :

١ - ما هى الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للمدمنين من عينة الدراسة ؟

٢ - ما هى الآثار المترتبة على تعاطى الشباب للمخدرات ؟

٣ - ما هى الاستراتيجية المقترحة لمواجهة مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ؟

خامساً : مناهج الدراسة وأدواتها :

فى ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها وتساؤلاتها ، استعان الباحث بالأسلوب التاريخى حتى يمكن التعرف على الجذور التاريخية لظاهرة تعاطى الشباب للمخدرات ، كما استعان بالأسلوب الوصفى باعتباره أنسب الأساليب فى الكشف عن خصائص المتعاطين ودوافع التعاطى .

وبناء على هذه الأساليب المختارة حدد الباحث مصادر البيانات وأدواتها على النحو التالى :

٥ / ١ مصادر جمع البيانات :

اعتمد الباحث على المصادر الثانوية حيث استقى منها معظم بيانات الدراسة وهى منشورات وزارة الداخلية ، الإحصاءات الرسمية ، المصحات المخصصة لعلاج الإدمان ، فضلاً عن البيانات المختلفة التى حصل عليها الباحث من الدارسات السابقة .

٥ / ٢ أدوات جمع البيانات :

اعتمد الباحث على الاستبيان Questionnaire كأداة لجمع البيانات . وتضمن الاستبيان العديد من التساؤلات التى دارت حول المحاور التالية :

- البيانات الأساسية .
- بيانات أسرة المتعاطى .
- الدوافع الاجتماعية والاقتصادية للتعاطى .
- الآثار الاجتماعية للتعاطى .
- النماذج المقترحة لمكافحة التعاطى .

وجمع الاستبيان بين نوعين من الأسئلة :

- المفتوحة . Open - Questions
- والمغلقة . Ended - Questions

وفرض ذلك طبيعة البيانات المطلوبة لتحقيق أهداف البحث والإجابة على تساؤلاته .

وتم تطبيق الاستبيان فى شكل مقابلات مقننة . Structured Interviews

سادساً : مفاهيم الدراسة :

تنطوى الدراسة الراهنة على العديد من المفاهيم ذات الصلة بالمشكلة موضوع الدراسة وأهدافها الرئيسية . ويبلغ عدد هذه المفاهيم اثنى عشر مفهوماً وهى على النحو التالى :

٦ / ١ المنهج : Method

عرف المنهج بأن قوامه الاستقراء ويتمثل فى عدة خطوات تبدأ بملاحظة الظواهر

وإجراء التجارب ، ثم وضع الفروض التى تحدد نوع الحقائق التى ينبغى أن يبحث عنها وتنتهى بمحاولة التحقق من صدق الفروض أو بطلانها توصلاً إلى وضع قوانين عامة تربط بين الظواهر وتوحد العلاقات بينها [١] .

ويرى الباحث أن المنهج هو الطريق المستقيم الواضح ، كما أنه أسلوب فى التحليل والتفسير ، وطبقاً لموضوع الدراسة ، فان الباحث يعنى بالمنهج " الطريقة " Method التى يمكن من خلالها تقديم بعض المقترحات ويكون من شأنها تخطيط السياسات لمعالجة ظاهرة تعاطى المخدرات بين الشباب .

٦ / ٢ المخدرات : Narcotics

لم تضع الاتفاقيات الدولية تعريفاً للمخدرات وذلك لصعوبة وضع التعريف الجامع المانع لها ، لذا نجد أن الاتفاقية الوحيدة للمخدرات واتفاقية المواد المؤثرة على الحالة النفسية قامتا بحصر المواد المخدرة مندرجة على حسب درجة خطورتها فى جداول أربعة ملحقة بكل اتفاقية ، الأخطر فى الجدول الأول ثم الأقل خطورة فى الجدول الثانى وهكذا. ولكن خبراء وأساتذة علم النفس والاجتماع والأطباء النفسيين وضعوا عدة تعريفات للمخدرات كان أهمها تعريف مصطفى سويف بأن المخدرات هى مواد تؤثر على الجهاز العصبى المركزى ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات فى وظائف المخ وتحدث هذه التغيرات تنشيطاً أو تثبيطاً أو اضطراباً فى مراكز المخ المختلفة ، فهى تؤثر على مركز الذاكرة والتفكير والتركيز والإدراك واليقظة والنوم كما تؤثر على مراكز المخ التى تتحكم فى وظائف الجسم المختلفة ، تؤدى هذه المواد - بتكرار تناولها - إلى الإدمان مما ينجم عنه العديد من المشكلات الجسمية والنفسية والاجتماعية [٢] . وهناك تعريفان للمخدرات ، أحدهما علمى والآخر قانونى وهما على النحو التالى :

---

(١) أحمد زكى بدوى ، قاموس علم الاجتماع ، مكتبة لبنان ، بيروت ، ص ٢٦٧ .

(٢) انظر : مصطفى سويف ، أثر تعاطى المواد المخدرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات ، دراسة ميدانية فى الواقع المصرى ، القاهرة ، المجلة الاجتماعية القومية ، مج ٣٢ العدد ١ ، يناير / مايو ١٩٩٥ .

التعريف العلمى :

المخدر هو مادة كيمائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعى المصحوب بتسكين الألم ، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة " Narcotic " المشتقة من الكلمة الإغريقية " Narcosis " التى تعنى يخدر أو يجعله مخدراً وتبعاً لهذا التعريف العلمى ، فإن المنشطات وعقاقير الهلوسة لا تعتبر مخدراً بينما يدخل الخمر تحت قائمة المخدرات (١) .

ويؤخذ على هذا التعريف أنه ليس جامعاً مانعاً ، ولا يمكن قبوله على هذا النحو حيث يخالف ما يجرى عليه العمل فى مجال تعريف المخدرات .

التعريف القانونى :

المخدرات هى مجموعة من المواد التى تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبى ، ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك (٢) .

٦/٣ العقاقير : Drugs

يعرف العقار بأنه كل مادة تؤخذ لكى تغير من وظائف الجسم ومن السلوك والعواطف والتفكير والشعور (3) .

كما أنه كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحى عند تعاطيها (٤) .

وهناك تعريف ثالث على أنه أى مادة كيميائية تستخدم من أجل الحصول على أثارها الفسيولوجية أو النفسية .

مما سبق يمكن أن نحدد العقار على أساس الخصائص التالية :

(١) الأمم المتحدة ، تقرير الأمم المتحدة لمراقبة العقاقير ، ١٩٨٢ ، ص ٩ .

(٢) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المخدرات لعام ١٩٨٥ ، ص ٦٧ .

(3) James M Social Problems MC.Grow-Hill,1983, p. 138 .

(٤) عادل الدمرداش ، الإدمان ، مظاهره وعلاجه ، عالم المعرفة ، العدد (٢) ، الكويت ، ١٩٨٢ ، ص ٢٧-٢٨ .

أ – أنه مادة تؤخذ من أجل إحداث وظائف معينة .

ب– تتمثل الوظيفة فى إحداث تغير فى وظائف الكائن فى النواحى العضوية والنفسية بوجه خاص .

وعلى ذلك يمكن اعتبار العقاقير التخليقية " مواد مخدرة تؤخذ لكى تغير فى وظائف الكائن الحى من الناحية العضوية والنفسية على وجه الخصوص " .

٦ / ٤ الإدمان : Addiction

يقصد به التعود النفسى والجسدى على عقار معين بحيث يؤدى هذا العقار إلى ضرر نفسى وبدنى ، كما أن مفعول المادة المسببة للإدمان يقل مع الزمن ، مما يؤدى بالمتعاطى إلى زيادة الكمية المتناولة باطراد من أجل الحصول على نفس الأثر الذى كان يحصل عليه (١) . وقد عرفت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية إدمان العقاقير Drug Dependence بأنها حالة تسمم مزمن ، أو دورى تؤذى الفرد والمجتمع .. وينتج عنها تكرار تعاطى عقار من أصل طبيعى أو صناعى .

وخصائص الإدمان هى :

أ – رغبة مسيطرة ، أو الحاجة لاستمرار تعاطى العقار .

ب – ميل إلى زيادة الجرعة .

ج – اعتماد نفسى وجسمى متزايد (على عقار) .

ومن هذه التعريفات السابقة للإدمان ، نستطيع أن نقول " أن إدمان المخدرات إنما هو ستار لمرض نفسى أو عقلى ، يخفف من الاضطراب والارتباك الداخلى للجهاز النفسى ، لفترة من الزمن ، ولكنه يمهد تدريجياً إلى الانتحار الفعلى أو إلى الانتحار البطىء أو مرض عقلى مزمن " .

٦ / ٥ التعاطى : Drug Abuse

التعاطى فى اللغة هو تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله وذلك كما ورد فى قاموس

(١) مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع : نظرة تكاملية ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٧ .

" لسان العرب " لابن منظور . وبناء على ذلك نقول فلانا تناول الدواء ، ولكنه تعاطى المخدر . وهذا المصطلح يعنى تكرار تناول المادة المخدرة بحيث تؤدى أثارها إلى الإضرار بمتعاطيها أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطى .

٦/٥/١ التعاطى التجريبى [١]: Experimental Use

هى عملية تعاطى المواد المخدرة أو النفسية ، فى أول عهد المتعاطى بها ، وهو يعد فى مرحلة تجريبها لاستكشاف أحواله معها ، حتى يترتب على ذلك الاستمرار فى تعاطيها ، أو الانقطاع عن التعاطى .

٦/٥/٢ التعاطى بالمناسبة [٢]: Use Occasional

هى عملية تعاطى المواد النفسية كلما جاءت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك كالحفلات والأفراح وتختلف هذه العملية باختلاف الشريحة الاجتماعية التى ينتمى إليها المتعاطى ، كما تختلف باختلاف البيئات الحضارية العريضة . ويشير التعاطى المتقطع إلى مرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطى التجريبى فى ارتباط المدمن بالمخدر .

٦/٥/٣ التعاطى المنتظم[٣] : Regular Use

هى عملية التعاطى المتواصل لمادة مخدرة أو نفسية بعينها على فترات منتظمة ، يجرى توقيتها بحسب إيقاع داخلى ، لا حسب مناسبات خارجية . وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة من مراحل التعاطى فى تعلق المدمن بالمخدر .

٦/٥/٤ التعاطى المتعدد للمواد النفسية[٤] : Multiple Drug Use

يشير هذا المصطلح إلى تناول الشخص المتعاطى عدداً من المواد النفسية ، بدلاً من الاقتصار على مادة واحدة . وقد يتعاطى كل هذه المواد معاً فى وقت واحد وقد ينتقل من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة .

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٥ .
(٢) المرجع السابق ، نفس الموضع .
(٣) المرجع السابق ، نفس الموضع .
(٤) المرجع السابق ، ص ٢٦ .

٦/٦ إساءة الاستعمال :

هو الإفراط فى استعمال العقاقير والمواد النفسية بصورة متصلة أو دورية بمحض اختيار المتعاطى دون ارتباط بالاستعمال الطبى المطلوب والموصوف بواسطة الطبيب بهدف الشعور بالراحة أو بما يخيل للمتعاطى بأنه شعور بالراحة أو بدافع الفضول أو لاستشعار خبرة معينة [١] .

٦/٧ الاعتماد النفسى : Psycho Dependence

موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسى يتطلب التعاطى المستمر أو الدورى لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتلاشى المتاعب ، وتعتبر هذه الحالة النفسية هى أقوى العوامل التى ينطوى عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية [٢] .

٦/٨ الاعتماد العضوى : Physical Dependence

هو حالة تكيف وتعود الجسم على مادة نفسية بحيث تظهر عليى المتعاطى اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة أو حالة الامتناع تظهر على صورة أنماط من الظواهر والأمراض النفسية والبديلة المميزة لكل فئة من العقاقير[٣] .

٦/٩ الشخص المتعاطى :

هو الشخص الذى يتعاطى المواد المخدرة بشكل تجريبى أو متقطع أو منتظم بحيث يؤدى تعاطيها إلى أضرار له وللمجتمع [٤] .

٦/١٠ الشخص المدمن : Addict

هو الشخص الذى يتناول مواد مخدرة بشكل مستمر بحيث يصبح معتمداً عليها

(١) الأمم المتحدة ومراقبة العقاقير، الجمعية العامة للأمم المتحدة ، نيويورك ،١٩٨٢، مرجع سبق ذكره ص ٩ .
(٢) مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع ، مرجع سبق ذكره، ص ١٩ .
(٣) المرجع السابق ، نفس الموضع .
(٤) المرجع السابق ، ص ٢٥ .

اعتماداً نفسياً وجسدياً ، ويترتب على ذلك إصابته ببعض الأعراض المتمثلة فى وجود رغبة قهرية والاستمرارية فى تعاطى المادة والحصول عليها بأى وسيلة ووجود ميل لزيادة الجرعة (١) .

٦ / ١١ الشباب : Youth

تعددت التعاريف وتباينت وفقاً للزاوية التى يتم منها النظر إلى الشباب ، فهناك اتجاه يميل أنصاره إلى اعتبار الشباب فترة زمنية تبدأ من السادسة عشرة حتى الخامسة والعشرين ، على اعتبار أن هذه الفترة هى التى يكتمل فيها النمو الجسمى والعقلى على نحو يجعل الفرد قادراً على أداء وظائفه المختلفة (٢) .

ويوجد اتجاه آخر يحدد مفهوم الشباب اعتماداً على مقياس السن ، حيث تقسم هذه المرحلة إلى فترتين :

أولهما فترة الشباب الأولى أو الفتوة ، وهى التى تمتد من سن ١٣-٢٠ وفى نهايتها يتحمل الفرد المسئولية المدنية ثم فترة الشباب الثانية وهى التى تبدأ من ٢١-٣٠ سنه وهى مرحلة الرشد وهى فترة زمنية حاسمة ومهمة فى مجرى حياة الفرد تتميز بالتغيرات الجسمانية والفسيولوجية (٣) .

كما أن هناك اتجاها يحدد مرحلة الشباب بمقياس سلوكى ، أى اعتبار هذه المرحلة تشكل مجموعة من الاتجاهات السلوكية والاجتماعية إذا ما تميز بها الإنسان وانطبعت على شخصيته وتصرفاته وأفعاله (٤) .

وبناء على التعريفات السابقة وضع الباحث تعريفاً إجرائياً لمفهوم تعاطى الشباب

---

(١) المرجع السابق ، ص ١٧ .

(٢) ماهر أبو المعاطى وآخرون ، الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الشباب ، جامعة حلوان ١٩٩٩ ص ١٤٢ .

(٣) سعد جلال ، المرجع فى علم النفس ، دار المعارف المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٧ ، ص٢٥٣-٢٥٥ .

(٤) سعد جمعه ، الشباب والمشاركة السياسية ، سلسلة علم الاجتماع المعاصر ، القاهرة ، ١٩٨١ ، ص ٢٥ .

للمخدرات على أنها :

" هؤلاء الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-٣٠ سنه (*) ، ويتعاطون المواد المخدرة بشكل تجريبى أو متقطع أو منتظم ، بحيث يؤدى تعاطيها إلى وجود آثار سلبية عليهم من ناحية وعلى أسرهم ومجتمعهم من ناحية أخرى " .

٦/١٢ الوقاية : Prevention

ويمكن تعريف الوقاية " على أنها عمل مخطط نقوم به تحسباً لظهور مشكلة معينة أو لظهور مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل . ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو المضاعفات أو كليهما (١) .

سابعاً : مجالات الدراسة :

ضمنت الدارسة ثلاثة مجالات هى :

٧/١ المجال الجغرافى :

تم اختيار مدينة القاهرة الكبرى باعتبارها أكبر مدن الجمهورية كثافة وتعداداً للسكان ، وذلك لوجود كافة الأجهزة الرسمية وكثير من الجهات الأهلية المعنية بمشكلة المخدرات بها ، ووجود غالبية المصحات والمستشفيات الحكومية والخاصة المتخصصة فى علاج التعاطى والإدمان بها .

٧/٢ المجال البشرى :

تم تطبيق استمارة الاستبيان على جميع المدمنين من الشباب والبالغ عددهم مائة مفرده

(*) يرجع استخدام الباحث لهذه الفئة العمرية ، إلى أنها المرحلة العمرية التى تجمع بين مرحلة الفتوة (١٣- ٢٠) وهى بداية فترة التدخين وتجريب المخدرات وتعاطيها ، أما الفترة الثانية والتى تبدأ من٢١ - ٣٠ سنه فهى مجرد بداية تحمل الفرد المسئولية المدنية والجنائية ، وذلك كما بينت الدراسات السابقة فى هذا المجال .

(١) مصطفى سويف ، الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات ، خفض الطلب ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات ، القاهرة ، ١٩٩٠، ص ٥ .

فى نفس المجال الجغرافى بواقع ٣٠ مفردة بمستشفى الصحة النفسية بالعباسية و٣٠ مفردة من مستشفى الخانكة و٢٠ مفردة من مستشفى مطار القاهرة وعدد ٢٠ مفردة من مستشفى حلوان وهى الأعداد التى كانت حاضره وقت إنجاز الدراسة .

وفيما يلى نعرض أسس اختيار العينة وطريقة اختيارها وحجمها .

٧/٢/١ أسس اختيار العينة :

كانت هناك افتراضات مسبقة بأن يكون المبحوث :

* فى عمر الشباب .
* مدمنا للمخدرات .
* من نزلاء مستشفيات القاهرة الكبرى .

وبناء على ذلك طبقت الدراسة الميدانية على المفردات المدمنة التى من المتوقع أن تفصح عن التباينات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التى يمكن أن تفسر ظاهرة إدمان الشباب للمخدرات والتى تخدم أهداف الدراسة .

٧/٢/٢ طريقة اختيار العينة :

تم اختيار العينة بأسلوب العينة المقصودة ، حيث أن الباحث على علم بمدى توافر خصائص الدراسة وأهدافها فى هؤلاء المتعاطين .

٧/٢/٣ حجم العينة :

بلغ حجم العينة المختارة Selected Samples مائة شخص من المتعاطين الذين يتم علاجهم بالمستشفيات المخصصة لعلاج المدمنين وذلك وفقاً لأسس الاختيار المحددة سلفاً .

٧/٣ المجال الزمنى للدراسة :

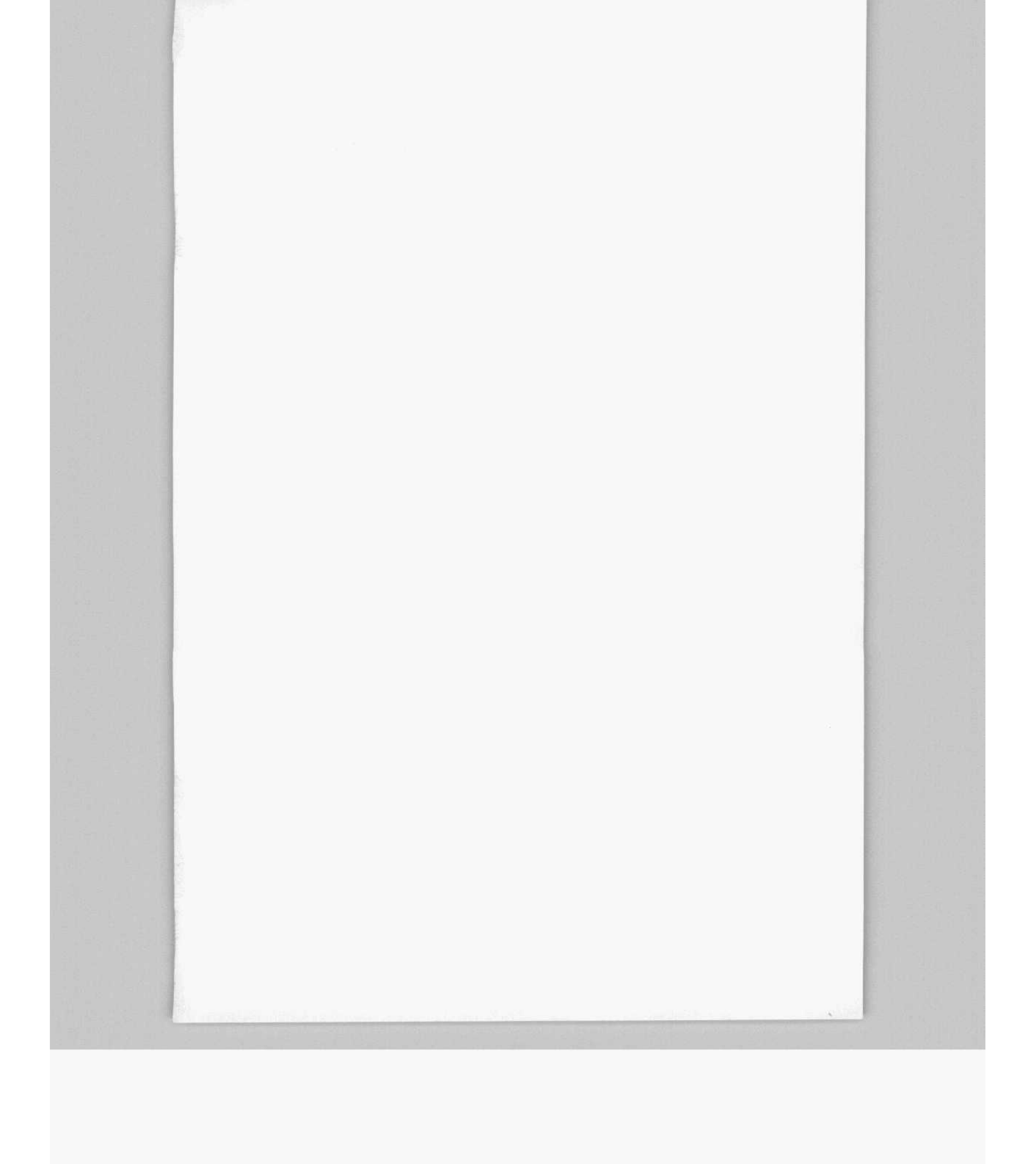
قام الباحث بإعداد الجانب النظرى للدراسة وأدوات البحث اللازمة على مدار عام

كامل ، ثم قام بعد ذلك بإجراء الدراسة الميدانية وجمع البيانات بتطبيق استمارات الاستبيان على المدمنين الذين يعالجون بمستشفيات الصحة النفسية بالعباسية والخانكة ومطار القاهرة وحلوان ومدينة نصر على مدى ستة أشهر كاملة من أول يناير حتى آخر يونيه سنة ٢٠٠٢ ، واستغرق تفريغ البيانات وتحليلها والتعليق عليها واستكمال باقى فصول الرسالة وكتابتها ومراجعتها عشرة أشهر أخرى حتى نهاية أبريل ٢٠٠٣ .

الفصل الثانى

الملامح العامة لمشكلة المخدرات محلياً و عالمياً





الفصل الثانى

الملامح العامة لمشكلة المخدرات محلياً وعالمياً

المبحث الأول : أنواع المخدرات .

المبحث الثانى : المخدرات المستحدثة بين الشباب .

المبحث الثالث : التوزيع الجغرافى للمخدرات فى العالم.

المبحث الرابع : الموقف الراهن لمشكلة المخدرات فى مصر .

تمهيد :

الواقع أن مشكلة تعاطى المخدرات - ولا سيما بين الأطفال والشباب - تعتبر من أكبر المشكلات المنتشرة فى كافة أرجاء العالم ، رغم اختلاف أنواعها وأسعارها والفئات المقبلة على تعاطيها . ولذا فهى تمثل ظاهرة عالمية تشارك فيها كافة دول العالم بطرق متباينة ، وعلى ذلك فإن السعى نحو فهم طبيعة هذه الظاهرة ، يتطلب التعرف على ماهية المخدرات ، والتباين فى توزيعها جغرافيا بين دول العالم ونوعية المخدرات التى تنتشر فى مجتمعنا المصرى ، فضلاً عن نوعية المخدر الذى يسود بصورة شائعة بين الشباب . ولا يتسنى الفهم الأعمق لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات دون التعرف على حجم مشكلة المخدرات عالمياً .

فقد وصف تقرير الأمم المتحدة لعام ١٩٨٥[١] مشكلة المخدرات بأنها من المفاسد الاجتماعية التى تدمر حياة ملايين لا تحصى من البشر وتهدد بتقويض الكيان الإدارى ، والاقتصادى لبعض دول العالم النامى وتحرص التقارير الصادرة عن أجهزة هيئة الأمم المعنية بمشكلة المخدرات على تأكيد الصلة بين جرائم التعاطى والاتجار غير المشروع فى المخدرات من ناحية وجرائم العنف والإرهاب والاتجار فى الأسلحة من ناحية أخرى .

وتشير وثائق اجتماعات لجنة المخدرات العادية والخاصة إلى التصاعد المستمر والخطر فى حجم مضبوطات العالم من جميع أنواع المخدرات ، وبالرغم من الحجم الكبير للمضبوطات فى السنوات الأخيرة إلا أن حجم المتاح للمتعاطين لم يتأثر ، الأمر الذى يشير إلى الحجم الرهيب للإنتاج غير المشروع منها وهذا الحجم طبقاً لمعيار الأنتربول

---

(١) منشورات الأمم المتحدة ، التقرير السنوى للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ، نيويورك ، ١٩٨٧ ص٣ .

يعادل ١٠ أمثال المضبوط من المخدرات .

هذا وتشير آخر التقارير الدولية[١] إلى تصاعد الإنتاج العالمى السنوى لمختلف أنواع المخدرات والذى يقدر ما بين ٨٠٠ - ١٠٠٠٠ طن من الكوكايين يضبط منها حوالى ٣٠٠ طن ، وحوالى ٣٣٠ طناً من الهيروين يضبط منها ٣٠ طناً ، وقرابة ٣٣٠٠ طن من الأفيون وحوالى ٥٠٠ ألف طن من الحشيش .

كما تشير ذات الإحصاءات فى مجال تعاطى المخدرات إلى أن حوالى ٧,٧٪ من سكان العالم يتعاطون المواد المخدرة بأنواعها المختلفة ويقدر عددهم بنحو ٤٤٥,٦ مليون نسمة من إجمالى التعداد المقدر بحوالى ٦ مليارات نسمة .

وأيضا فإن التقارير ذاتها تشير إلى أن هناك زيادة كبيرة فى الإنتاج والتصنيع للمواد المخدرة خلال السنوات الخمس عشرة الأخيرة ، زادت نسبتها عن ٦ أضعاف ما كان سائداً من قبل .

وفيما يلى نستعرض الملامح العامة لمشكلة المخدرات من خلال التعرض للجوانب التالية : ماهية المخدرات وأنواعها - الجديد فى عالم المخدرات بين الشباب - التوزيع الجغرافى للمخدرات فى العالم - الموقف الراهن لمشكلة المخدرات فى مصر وذلك على النحو التالى :

المبحث الأول
أنواع المخدرات

فى سياق هذا المبحث يناقش الباحث تعريف المخدرات وأنواعها المختلفة سواء من حيث تأثيرها أو طبيعتها فهناك المهبطات والمنشطات والمهلوسات ، كما أن هناك مخدرات طبيعية ، وتخليقية ، ونصف تخليقية ... وفيما يلى نتناول كلاً من هذه الجوانب على النحو التالى :

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٩م ، مرجع سابق ، ص٢٣٤ .

أولاً : المخدرات من حيث تأثيرها :

١- المهبطات [١] :

هى مواد تتميز بتأثيرها المهبط للنشاط الذهنى والبدنى ، وهى مختلفة الأصل والمنشأ فمنها ما هو من أصل طبيعى كالأفيون ، ومنها ما هو مخلق أو مركب من مواد كيميائية مثل أقراص المنادركس والميتاكوالون ، ومنها ما يجمع بين ما هو من أصل طبيعى وآخر مخلق أى مستحضر من تفاعل كيميائى مع المواد الطبيعية المخدرة ويطلق عليه نصف تخليقى كالهيروين .

٢- المنشطات :

هى مواد تأتى تأثيراً عكس سابقتها ، لتأثيرها المنشط على الجهاز العصبى وهى أيضا مختلفة الأصل والمنشأ . فمنها ما هو من أصل طبيعى كالكوكايين والأخر من أصل تخليقى كالماكستون فورت [٢] .

٣- المهلوسات :

هى مواد تعرف بعقاقير الهلوسة ، وهى مجموعة من مواد غير متجانسة تحدث اضطراباً فى النشاط الذهنى وخللاً فى التفكير والإدراك ، ينتج عنها تخيلات وهلاوس تصور للمتعاطى خيالات وأوهاماً وأن له قدرات خارقة أو قد يصاب بخلل دائم فى المخ . وهذه المواد تنقسم أيضا إلى مهلوسات طبيعية مثل (حبوب مجد الصباح) أو نصف مخلقة مثل (أل . أس . دى) أو تخليقية مثل (تراب الملائكة ب . س . ب) [٣] .

كما تنقسم المخدرات من حيث طبيعتها ومنشأها إلى ثلاثة أنواع :

المخدرات الطبيعية والمخدرات التخليقية وشبه التخليقية وهى المصنعة من مواد طبيعية .

---

(١) المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى ، المخدرات أوهام - أخطار - حقائق ، الطبعة الثالثة ، ٢٠٠٠ ، ص ٩ .

(٢) المرجع السابق ، ص ١٢ .

(٣) المرجع السابق ، ص ١٤ .

ثانياً : المخدرات من حيث طبيعتها :

١ - المخدرات الطبيعية :

وأهمها الحشيش والأفيون والكوكايين والقات .

أ - الحشيش[١] :

يطلق اسم الحشيش على أطراف نبات القنب المورقة ، والتى يصل طولها بعد نموها إلى ٣ أمتار ، أوراقها طويلة خفيفة مشرشرة الحواف وتتجمع على شكل مروحى ، وهى لامعة ولزجة ، أحادية الجنس (ذكر أو أنثى) ، وهى تشبه فى مظهرها التبغ ولكن لونها يميل إلى الاخضرار أكثر من اللون البنى

كما يطلق أيضا على إفراز القمم المزهرة لنبات القنب والسطح العلوى لأوراقه (الراتنج) ويجمع عن طريق كشطه أثناء فترة تزهير النبات ، ويضغط داخل أكياس من القماش تسمى طرب ، أو على شكل كرات توضع داخل ورق سيلوفان وهو ما يسمى بالحشيش " الهبو أو الغبارة " (ذو جودة عالية) وقد يتواجد الراتنج على شكل مسحوق يسمى بودرة الحشيش ويتراوح لونه بين البنى الفاتح والأخضر والبنى الغامق والأسود ، ويوجد أيضاً الحشيش السائل وهو مادة لزجة لونها أخضر قاتم لها قوام القار . ويتم إنتاج الحشيش السائل عن طريق إذابته فى محلول كحولى ثم يسخن المحلول إلى درجة التبخر ثم يكثف للحصول على السائل .

أما الأجزاء النباتية المتخلفة بعد استخلاص الحشيش فإنه يتم تجفيفها وسحقها وضغطها فى طرب القماش وتباع كنوع من الحشيش الأقل جودة ويسمى بالحشيش " الكبس " .

ويستمد الحشيش أهميته كمخدر طبيعى من انتشاره عالمياً بين مختلف الفئات والطبقات لاعتقاد البعض بأنه غير محرم لأنه لا يسبب إدمانا ، وكذا لرخص ثمنه بالنسبة

---

(١) وزارة الداخلية ، قطاع مصلحة السجون ، دليل العمل فى مجال ضبط جرائم المخدرات ، القاهرة ، ١٩٩٨ ، ص ١٣ .

لباقى المخدرات الأخرى كالهيروين والكوكايين والأفيون . والحشيش مدرج بالقسم الثانى بالجدول رقم ١ بقانون المخدرات (١).

ب - الأفيون :

هو العصير الناتج عن ثمرة شجرة الخشخاش التى لم تنضج بعد وهى شجرة ذات أزهار جميلة حمراء أو بنفسجية أو أرجوانية أو بيضاء ، لها ثمرة عبارة عن كبسولة يتراوح حجمها من حجم البرتقالة الصغيرة حتى حجم جوزه الهند ، تحوى مادة لبنية بيضاء لزجة ذات رائحة نفاذة ، وطعم مر ، تسيل منها حين تشرط بآلة حادة بعد حوالى عشرة أيام من سقوط بتلات الزهرة ، ثم تتحول المادة اللبنية البيضاء إلى اللون البنى عقب تعرضها للهواء ، وحين تترك قليلاً تتماسك لتصبح هى الأفيون . وتوجد أنواع عديدة من الأفيون الخام مثل الأفيون التركى والهندى واليوغسلافى ، وتختلف جودته باختلاف نسبة المورفين والكودايين الموجودة فيه ويتم تعاطيه بالاستحلاب أو الحقن أو التدخين أو الابتلاع مع قليل من الشاى والقهوة ، وله بعض الاستخدامات العضوية لعلاج بعض الأورام والأمراض (٢).

ومخدر الأفيون مدرج بالقسم الثانى من الجدول الأول الملحق بقانون المخدرات.

ج - الكوكايين :

هو أكثر المنشطات الطبيعية فاعلية ، ويستخلص من أوراق نبات الكوكا الذى ينمو فى أمريكا اللاتينية ولا سيما فى حوض نهر الأمازون ، وأيضا فى بيرو وبوليفيا وكولومبيا ، كما يزرع فى بعض بلدان آسيا كالهند وإندونيسيا ، ويصل طول النبات إلى ٨ أقدام ، وعمره إلى ٣٠ سنة وأجود أنواع الأوراق التى يحصل عليها عندما يكون عمر النبات من ٣-٦ سنوات ويتم جمعه أربع مرات فى السنة ، وأفضلها التى تكون فى شهر مارس بعد موسم الأمطار وعندما تبدأ الأوراق فى الانكسار ويتحول لونها من الأخضر إلى الأصفر

---

(١) المرجع السابق ، نفس الموضع .
(٢) المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، المخدرات أوهام . أخطار . حقائق ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩ .

تعتبر تامة النضج والكوكايين المستخلص هو مسحوق بلورى أبيض اللون هش ناعم الملمس يشبه برادة الثلج ليس له رائحة إذا كان نقيا ، أما إذا خالطته الشوائب فإن لونه يتحول إلى البيج . يتم تعاطيه أما بطريق الحقن أو الشم أو بدعك كمية من المخدر باللثة أو بالتدخين بواسطة أداة زجاجية تشبه الجوزه أو عن طريق مضغ أوراق النبات ذاته وهو مخدر الطبقات الراقية لارتفاع ثمنه وصعوبة الحصول عليه ، مع فاعليته وقلة أضراره بالنسبة لباقى المخدرات الأخرى . وهو مدرج بالقسم الأول من الجدول رقم ١ الملحق بقانون المخدرات (١) .

د - القات :

هو نبات برى يزرع فى الصومال وكينيا وأثيوبيا ، كما يزرع على نطاق كبير فى اليمن ، وشجرة القات معمرة دائمة الخضرة ، طولها يتراوح ما بين مترين وأربعة أمتار أوراقها مشرشرة عند القاعدة وتنتهى الشرشرة عند طرفها المدبب ، وهى خضراء تميل إلى الاحمرار أو البنى المخضر ، ولها مذاق مر وتفقد فاعليتها وأثرها المنشط بفقد طراوتها ، ويجب تعاطيها وهى طازجة بطريق المضغ مع بعض جرعات الشاى أو مستحضرات الكولا ، وبعد أن يتم المضغ لعدة ساعات يلفظ المتعاطى الألياف المتخلفة عنه فى الفم ، ويحتوى القات على مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول مع حالة تشبه حالة الحالم ، ويعتبر مضغ أوراق القات عادة مفضلة لدى الكبار والصغار لأنه يسبب الإحساس بالسعادة والبهجة والإقلال من الرغبة فى الطعام ويطلق على عملية مضغ الأوراق فى اليمن " التخزين " .

وللقات مثل أغلب المواد المخدرة أضرار صحية كثيرة ، وله تأثير مزدوج على الجهاز العصبى ، بحيث يحدث تأثيراً منشطاً فى البداية تعقبه حالة من الهبوط فى وظائف الجهاز العصبى (٢) .

وقد اعتبرت الأمم المتحدة أن تعاطى أوراق القات مشكلة محلية تتعلق بالدول التى تقوم

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٨ .
(٢) وزارة الداخلية ، قطاع مصلحة السجون ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٨ .

بزراعته ، وهو مدرج بالبند رقم ٥ بالجدول رقم ٥ الملحق بقانون المخدرات .

هـ- البانجو :

احتل البانجو عن جدارة المرتبة الأولى فى قائمة المخدرات فى مصر وذلك بعد أن تراجع الحشيش وفقد مكانته التى كان يتربع عليها ويحتل بها الصدارة فى عالم المخدرات والإدمان وذلك بعد أن تمكنت أجهزة المكافحة المصرية من الحد من انتشاره سواء بإغلاق جميع المنافذ التى يأتى منها من الخارج عن طريق لبنان التى كانت فى يوم ما مصدراً أساسياً للحشيش ، وتراجعت أيضا لظروف الحرب ومجهودات المكافحة من قوات الأمن اللبنانية .. علاوة على إغلاق الطريق أمام الحشيش المغربى الذى كان ينافس بقوة لاحتلال مكان الصدارة (١) .

ولم يكن السبب الوحيد لانتشار البانجو هو تراجع الحشيش ، بل لعدة أسباب أخرى أهمها رخص ثمنه الذى لا يقارن بسعر الحشيش أو غيره من المخدرات وأيضا لسهولة الحصول عليه وزراعته فى أى مكان لدرجة أن العديد من المدمنين والمروجين يقوم بزراعته فى المنازل أو فى وسط زراعاتهم .

والسبب الأهم لانتشار البانجو هو انتشار زراعته فى مساحات شاسعة بصحراء سيناء لتوفر كافة المقومات المطلوبة لزراعة القنب المخدر من أماكن صحراوية بعيدة عن أعين رجال المكافحة فى الوديان ، وبين الجبال . والخطير فى أمر البانجو أنه أصبح منتشراً فى كل مكان ومن السهل أن يتحول متعاطى البانجو إلى تاجر مخدرات فهو لا يحتاج فى هذه الحالة إلى إمكانات تاجر المخدرات التقليدى من صبية وناضورجية وتمويل كبير فكل ما يحتاجه هو مبلغ صغير لشراء كمية تكفى بعض زملائه المقربين ثم تتسع الدائرة ليدخل إلى عالم المخدرات تاجر جديد لا يعرفه رجال المكافحة . والعامل الأهم فى انتشار البانجو بين الشباب هو اعتقاد معظم المتعاطين أن البانجو لا يسبب أية أضرار صحية على الإطلاق - وأنه أخف ضرراً من الحشيش الذى احتل البانجو مكانه (٢) .

---

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، ص ٢١٣ .

(٢) حسين مرسى ، مجانين البانجو ، المركز المصرى للدراسات والبحوث الإعلامية ، القاهرة ، ٢٠٠٠ ، ص ١٧ .

يؤخذ مخدر البانجو من نفس النبات الذى يستخرج منه الحشيش بل إنه هو نفسه مخدر الحشيش الذى يؤخذ من نبات القنب الهندى الذى تكثر زراعته فى الأجواء الحارة ، وكلما زادت درجة حرارته زادت نسبة المادة الفعالة فى النبات المخدر .

فالحشيش يستمد أهميته كمخدر طبيعى من انتشاره عالمياً بين مختلف الفئات والطبقات ، وهو يستخلص كما ذكرنا من نبات القنب الذى ينمو بريا أو يزرع على حد سواء على النحو السابق ذكره ، أما البانجو بالتحديد فهو يختلف عن الحشيش فى طريقة استخراجه حيث يجفف نبات القنب على حالته وتباع أجزاؤه كاملة ، ولذلك يكون تأثيرها أشد من النوع الثانى من الحشيش الكبس .

٢- المخدرات التخليقية (١) :

هى مجموعة من العقاقير التى يتم تصنيعها فى المعامل من مركبات كيميائية دون أن تحوى أية مواد طبيعية ، ولكنها تعطى تأثيرات متباينة فهى أما مسكنة أو منومة أو مهدئة أو مهلوسة وتسبب الإدمان عليها بدرجات متفاوتة .

أ- العقاقير المسكنة (٢) :

مثل بدائل المورفين وإن كانت لا تماثله فى التركيب الكيميائى إلا أنها تماثله فى التأثير ، وبعضها يتعاطى إما عن طريق البلع بالفم على هيئة أقراص أو بالحقن مثل البيتدين والديميرول ، وبعضها يستخدم فى علاج حالات الإدمان ذاته ولكن أسئ استخدامها مثل الميثادون والفالوكسون ، وبعضها من مسكنات الآلام التى يساء استخدامها مثل السوسيجون والبرولوكسفين .

ب- العقاقير المنومة (٣) :

وهى التى تستخدم طبياً لتخفيف حالات الأرق ، ولكن يساء استخدامها وهى نوعان :

(١) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المخدرات ، أخطار - أوهام - حقائق ، مرجع سبق ذكره ، ص١١ .

(٢) المرجع السابق ، نفس الموضع .

(٣) المرجع السابق ، نفس الموضع.

النوع الأول : يتفاوت تأثيره على الإنسان ما بين مفعول قصير جدا مثل البنتوثال أو مفعول قصير مثل السيكونال المعروف بالفراولة ، أو متوسط المفعول مثل الأميتال أو طويل المفعول مثل الفيرونال ، وجميعها تؤخذ على شكل أقراص أو كبسولات وأحيانا على شكل سائل (أمبولات) .

والنوع الثانى : يجلب النوم مثل الماندركس والميثاكوالون ، ويتم تعاطيه عن طريق سحق الأقراص واستنشاقها ، مما يعطى تأثيراً سريعاً قوياً لا يعادله إلا خطره البالغ ، كما يقوم البعض بخلطه مع مواد أخرى كالهيروين أو الخمر ، وهنا تبلغ الخطورة أقصى مداها ، إذ تصل بالمتعاطى إلى حد الوفاة .

ج - العقاقير المهدئة [١] :

وهى مجموعة من العقاقير التى هى فى الأصل علاج طبى للقلق والتوتر وبعض حالات الصرع ، ولكن يساء استخدامها ، ويلجأ المتعاطون إلى تناولها فى كثير من الدول بدون روشتة طبية ، وهى على هيئة أقراص مختلفة الأشكال أو كبسولات ، وأكثرها استخداما فى مصر هو الأتيفان والفاليوم والروهبينول المعروف بأبى صليبه ويسبب تعاطى هذه المركبات لمدة طويلة ، الاعتماد النفسى والجسمانى عليها ،

وإذا أسئ استخدامها مع مركبات أخرى تزيد خطورتها بصورة بالغة .

د - العقاقير المهلوسة [٢] :

وهى مجموعة من المواد التى تسبب الهلوسات والخدع البصرية والسمعية واختلال الحواس والانفعالات . وأشهر عقاقير الهلوسة هى عقار أل . أس . دى (L . S . D) وهو اختصار لحامض الليسيرجيك وقد شاع استعماله من بداية الستينات بين الهيبيز وبعض الفنانين والكتاب فى أوروبا ويستعمل المتعاطى المادة بالحقن فى الوريد أو بشرب السائل أو لعقه إذا كان مذابا فى المادة الصمغية الموجودة خلف طوابع البريد .

---

(١) المرجع السابق ، ص ١٢ .
(٢) المرجع السابق ، ص ١٥ .

٣- المخدرات نصف التخليقية (١) :

هى المواد المستخلصة كيميائياً من مخدرات طبيعية مثل الهيروين والأتروفين والديلوديد .

أ - الهيروين (٢) :

هو أحدث مشتقات المورفين المستخلص من الأفيون ، يوجد على شكل مسحوق أبيض أو بيج ناعم الملمس له رائحة تشبه الخل . وهو أكثر مواد هذه المجموعة انتشارا وأكثرها إساءة للاستخدام وخطورة على المتعاطى ، ومادته الأساسية هى المورفين الذى تجرى عليه عملية كيميائية بسيطة تخصصت فى إجرائها بعض العصابات الدولية فى معامل سرية مما يدخل عليه شوائب عديدة تغير من لونه الأبيض الناصع إلى درجات البيج ثم البنى ، ويزيد من خطورته ما يضاف إليه من مواد أخرى فعالة مثل الكافيين ، وغير فعالة مثل مسحوق الجماجم(*) وغيرهما بغرض زيادة كميته ، استهدافاً للكسب المادى غير المشروع فتزداد قوة تأثيره وخطورته البالغة على المتعاطى ، ومن خصائصه ظهور تأثيره الفورى ومفعوله القوى بعد أخذ الجرعة منه ، بحيث يشعر المتعاطى بالسعادة والسرور وإلى الحد الذى ينسيه الخطورة البالغة التى يتعرض لها ، ويتم تعاطى الهيروين إما بالحقن فى الوريد أو تحت الجلد ، كما يتم تعاطيه أيضا عن طريق الشم ثم تتلاشى هذه الآثار بعد الوقوع فى براثن الإدمان ، حيث يحتاج المدمن إلى جرعات متزايدة للوصول إلى هذه التأثيرات وكثيراً ما تؤدى إلى الموت أو الإصابة بالعديد من الأمراض ، وهو مدرج بالقسم الأول من الجدول الأول الملحق بقانون المخدرات .

ب - الأتروفين (٣) :

هو أيضا من المواد المهبطة النصف تخليقية التى تشتق من أحد مكونات الأفيون وهو

(١) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المخدرات ، أوهام . أخطار . حقائق ، مرجع سابق ، ص ١٠ .
(٢) المرجع السابق ، نفس الموضع .
(*) دأب كثير من تجار الهيروين على الحصول على جماجم الهياكل العظمية من المقابر وطحنها على شكل مسحوق له نفس لون وملمس الهيروين وإضافتها إليه .
(٣) المرجع السابق ، ص ١١ .

الثيبايين ، لكنه أقوى بكثير من المورفين واستعماله يؤدى إلى آثار ذات خطورة بالغة ، ومازال انتشاره محدوداً بين الشباب فى مصر حتى الآن .

ج - الهيدرموفون (ديلوديد) [١] :

وهو أيضا من مجموعة المواد نصف التخليقية ويشتق من مادة المورفين واستعماله يؤدى إلى آثار ذات خطورة بالغة ومازال انتشاره محدوداً بين الشباب فى مصر حتى الآن .

المبحث الثانى
المخدرات المستحدثة بين الشباب

هناك العديد من أنواع المخدرات الحديثة التى يتم تداولها بين الشباب ومنها :

١ - عقار (أل . أس . دى) : L . S . D

وهو مادة تخليقية بلورية عديمة اللون والطعم والرائحة ، قابلة للذوبان فى الماء والكحول ، تنتج على شكل مسحوق أبيض اللون أو أقراص بيضاء أو أقراص رمادية فضية محدبة الشكل أو كبسولات أو حقن .

يذاب عقار (أل . أس . دى) مع المادة الصمغية التى توضع على ظهر طوابع البريد وتستحلب ويطلق على كل طابع اسم الرحلة .

وتكمن خطورة هذا العقار فى رحلة الهلوسة التى يسببها ، والتى تستمر ما يقرب من عشر ساعات وتبدأ بعد تعاطى العقار بحوالى نصف ساعة ، وفى فترة الرحلة يصبح المتعاطى عرضة للحوادث حيث يتخيل أشياء لا وجود لها ، فمثلا يعتقد أحد المتعاطين بأنه أحد الطيور ، فيقوم بالقفز من أحد الأدوار العليا ومحاولة الطيران فى الهواء ، لذا يلزم تواجد شخص يطلق عليه قائد الرحلة ، لا يتعاطى أى نوع من المخدر مع عدد يستطيع السيطرة عليه من متعاطى هذا العقار لحمايتهم من أخطار هلاوسهم ويتم تبادل هذا الدور

(١) المرجع السابق ، نفس الموضع .

مع الآخرين فى نفس المجموعة .

وعقار أل . أس . دى مدرج بالقسم الثانى للجدول الأول الملحق بقانون المخدرات [١] .

٢- الكراك : [٢] CRACK

هو أحد المواد المخلقة من أصل طبيعى ، حيث يستخلص من مخدر الكوكايين على شكل بودرة الصابون المتجلطة ، تأثيره قوى جداً ، وأشد تأثيراً ومفعولاً من الكوكايين حيث يعطى تأثيره خلال ٦ ثوانٍ فقط من استخدامه ، ولكن وقت امتداد مفعوله أقصر فتأثيره يستمر من ١٥ إلى ٢٠ دقيقة فقط ، ويتم تعاطيه عن طريق الاستنشاق للدخان المتصاعد نتيجة حرقه أو التدخين باستخدام آلة الووتر بآيب الزجاجية . والكراك تستخدمه الطبقة الراقية على مستوى ضيق لارتفاع سعره .

٣- الآيس : [٣] ICE

هو مخدر تخليقى يستخرج من مواد ليس لها أصل طبيعى ، تخلق بالمعامل الكيماوية السرية باستخدام مادة الأفدرين ، ينتج على شكل بلورات السكر عديم اللون والرائحة وهو منشط للجهاز العصبى ، وتأثيره أقوى من الامفيتامين ويستمر تأثيره فى الجسم من ٤ إلى ٢٤ ساعة . تعاطيه يؤدى إلى الإدمان ويسبب الهلوسة والوهم والإصابة بمرض جنون العظمة ، والانقطاع عن تعاطيه يؤدى إلى السلوك العدوانى الذى يتسم بالعنف الذى يصل إلى حد التدمير .

يتم تعاطيه عن طريق الحقن والتدخين والاستنشاق ، وله عدة أسماء أخرى مثل الكوارتز أو الجلاس أو الشابو وهو مدرج بالقسم الثانى من الجدول الأول الملحق بقانون المخدرات .

---

(١) وزارة الداخلية ، قطاع مصلحة السجون ، دليل العمل ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣٣ .
(٢) المرجع السابق ، ص ٣٧ .
(٣) المرجع السابق ، ص ٣٨ .

٤- الاكستازى : ECSTASY

أحدث أنواع العقاقير المخدرة التخليقية التى انتشرت فى الآونة الأخيرة ، وهو عبارة عن أقراص تصنع فى أوروبا وأمريكا ، وصلت إلى أسواق الاتجار غير المشروع للمخدرات فى مصر حديثا ، تحدث أثراً منشطاً ومهلوساً ، يستخدمه الشباب من الطبقات الغنية فى ساعات وأوقات المرح نظراً لارتفاع سعره ، لاعتقادهم بأنه يسبب حالة من السعادة والحب ويمكنهم من الرقص أطول وقت ممكن، لذا أطلق عليه أقراص " الرقص طوال اليوم **All Day Dance**"

٥ - مواد أخرى تسبب الإدمان :

توجد عشرات المواد المسببة للإدمان منها ما هو طبيعى ومنها ما هو تخليقى أو نصف تخليقى ولا يمكن حصرها نظراً للاكتشافات اليومية من خلال الأبحاث التى تتم فى هذا المضمار ومعظم هذه المواد وإن كانت تسبب الإدمان إلا أنها غير مجرمة ،

لذا فإننا نذكرها كنوع من التعرف عليها باعتبارها مواد قد تدفع بمتعاطيها أو مدمنها إلى تعاطى المواد المخدرة المدرجة بجداول قانون المخدرات فيقع الفرد فى دائرة التجريم والعقاب ونذكر منها على سبيل المثال [١] :

*** بذور نبات مجد الصباح : [٢] Morning Glory**

وتحتوى على مواد شبيهة بحامض الليسرجيك ، وهناك نبات آخر وهو زهرة غابات هاواى **Hawaii Woodrose** التى تحتوى على مادة الإيرجين **Regina** والايزورجين اللتين تسببان الهلوسات .

*** دودة الخشب : [٣] Worm Wood**

وهو نبات برى ينمو فى معظم أنحاء أوروبا . وكان الناس يستعملونه لطرد البراغيث

(١) المجالس القومية المتخصصة ، الخمر والمخدرات ، أوراق لم تنشر ، ١٩٨٨ ، ص ٢٢٧ .
(٢) نادره وهدان ، الآثار الاجتماعية والاقتصادية لظاهرة انتشار المخدرات فى ج.م.ع ، معهد التخطيط القومى ومركز بحوث الشرطة ، القاهرة ، ١٩٨٦ ، ص ١٩ .
(٣) المرجع السابق ، نفس الموضع .

واستخدمها قدماء المصريين لعلاج الديدان والنبات مر المذاق وحاد الطعم ويؤدى استعماله بجرعات كبيرة إلى حدوث الهلوسات البصرية .

* **جوزة الطيب : [1] Nutmeg**

هى ثمار نبات ميريستيكا فراجرانس ، بيضاوية الشكل ، يستخدمها المتعاطى بوضع فص من الثمرة فى الفم واستحلابه ، تأثيرها بجرعات صغيرة منشط ، أما عند استعمال جرعات أكبر من ملعقتى شاى من الثمار مطحونة فيشعر المتعاطى بسرعة دقات القلب والعطش الشديد وجفاف الحلق وحالة تشبه الحلم وتستمر لمدة خمس ساعات تقريباً . وقد يشعر البعض بالقلق والخوف والاضطراب والمادة الفعالة فى جوزة الطيب هى البرستيسين التى تسبب النشوة والمهلوسات اللمسية والبصرية .

* **المستنشقات والمذيبات الطيارة [2] :**

وتشمل هذه المواد : البنزين ، الصمغ ، طلاء الأظافر ، الكلـه ، مخففات الطلاء (الأسيتون) وتحتوى كل هذه المواد على فحوم مائية Hydrocarfoms تؤثر على المخ والكبد والرئتين ويستنشقها المتعاطى فيشعر بالاسترخاء والدوخة والهلوسات أحيانا ، وهى مواد منتشرة بين الأحداث والمراهقين ، يقوم المتعاطى بتفريغ كمية من الكلة داخل علبة مياه غازية فارغة للتمويه أو داخل كيس من النايلون يوضع داخل كم قميص المتعاطى ثم يقوم باستنشاق المادة ، أما البنزين فيستنشق بغمس خرقة فى البنزين ثم تستنشق الأبخرة ، يشعر المستنشق بالدوار والاسترخاء والهلوسات البصرية وقد يشعر بالغثيان والقىء أحيانا أو الشعور بالنعاس أو الشعور بشىء غريب يشبه الحلم ، وتسبب هذه المواد الوفاة الفجائية بسبب تقلص أذين القلب ، وتوقف نبض القلب أو تسبب هبوطاً فى التنفس ، وقد يتوفى المستنشق نتيجة للاختناق إذا كان يستعمل كيسا من البلاستيك يستنشق منه فيفقد الوعى ويظل رأسه داخل الكيس ، كما تسبب هذه المواد عطب القلب والكبد بعد الاستنشاق المتواصل وكذلك يسبب تكرار الاستنشاق تلف المخ والكليتين ،

---

(١) المرجع السابق ، ص ٢٠ .
(٢) المرجع السابق ، ص ٢٣ .

وتؤدى بعض المواد إلى تورم وعطب الرئتين . هذه المواد ليست مجرمة قانوناً وموجودة فى الأسواق للاستخدامات الصناعية أو كوقود أو كسلع استهلاكية ولكن يساء استخدامها على النحو السابق الإشارة إليه .

المبحث الثالث
التوزيع الجغرافى للمخدرات عالمياً

إن ظاهرة المخدرات سواء بالتعاطى أو الاتجار ، تكاد تمثل ظاهرة عالمية تعانى منها كافة دول العالم ، غير أن التباين هنا يبرز بين منطقة وأخرى من العالم حسب حجم الظاهرة ومدى انتشار أنواع خاصة من المخدرات ، قد يتوافر بعضها فى مناطق وقد لا يتوافر فى مناطق أخرى ، حيث تنتشر مخدرات مختلفة ، ويتوقف ذلك بطبيعة الحال على عوامل عديدة مرتبطة بالظروف الأمنية والاقتصادية والسياسية والمناخية فضلاً عن الظروف المرتبطة بإنتاج المخدر ذاته وأسلوب تناوله وثمنه وأشياء أخرى عديدة لا مجال للحديث عنها فى هذا السياق .

وتشير البيانات المتاحة حول ظاهرة المخدرات فى العالم إلى أنها تتميز بخاصية تكاد تكون مشتركة بين معظم أقطار العالم ، وهى أن التعاطى فى الغالب يقع بين فئات الشباب ، بل والأطفال فيها ، ولا سيما فى القارة الأفريقية ، كذلك تشير البيانات إلى أن بعض دول العالم تمثل مصدراً لإنتاج المخدرات وتصديره إلى بعض الدول المحيطة ، ومن هنا يمكن تفسير الأسباب المرتبطة بانتشار أنواع خاصة من المخدرات داخل حدود دولة معينة ، حيث تلعب العوامل الجغرافية والاقتراب المكانى عاملاً مؤثراً فى سيادة نوع أو أكثر داخل حدود قطاع معين من العالم ، بصورة مغايرة عن القطاعات الأخرى وهكذا فإن التجارة العالمية لا تقتصر على تصدير السلع ، بل تتجاوز ذلك إلى تصدير المخدرات ، وبذلك تمثل التجارة على هذا النحو تجارة غير مشروعة ، لكونها محرمة دولياً ، فضلاً عن أنها السبيل الذى تستخدمه الجماعات الإرهابية فى الحصول على المال والسلاح ، وعليه فإن مافيا

المخدرات والسلاح وجهان لعملة واحدة .

وفى هذا السياق يصبح لزاما التعرف على الموقف العالمى لظاهرة المخدرات وذلك من أجل الكشف عن أشكال التباين وأوجه الشبه الذى يكتنف تلك الظاهرة .

ولذا يتم عرض وتحليل التوزيع الجغرافى لظاهرة المخدرات فى أفريقيا ، القارة الأمريكية ، آسيا ، أوروبا ، أوقيانيا ، كما أوردته التقارير السنوية للإدارة العامة لمكافحة المخدرات بوزارة الداخلية .

١ - أفريقيا [١] :

لاشك أن من المشكلات الكبيرة التى تعوق تقييم حجم المخدرات فى معظم البلدان الأفريقية ، قلة توافر البيانات الموثقة عن زراعات المخدرات وإنتاجها وصنعها والاتجار بها وتعاطيها . وتقوم الهيئة الدولية للرقابة على المخدرات بالأمم المتحدة بحث حكومات الدول الأفريقية على زيادة جهودها الرامية إلى إجراء تقييم أكثر دقة للوضع ، وعلى تعزيز التعاون مع الهيئات الدولية والإقليمية المعنية بالأمر .

ولكن بإلقاء نظرة على موقف المخدرات فى أفريقيا يلاحظ ما يلى :

- إن زراعة القنب والاتجار به وإساءة استعماله موضوعات رئيسية بالنسبة لمراقبة المخدرات فى كافة أنحاء المنطقة كما تستخدم المدن الكبرى والموانى البحرية على نحو متزايد فى إعادة شحن الهيروين والكوكايين ، وتعاطى المخدرات المترتب على ذلك آخذاً فى التزايد .

- تتواصل بلا هوادة فى المنطقة اساءة استعمال المؤثرات العقلية المسربة من القنوات المشروعة . وفى الوقت نفسه يظل عدم توافر العقاقير المخدرة لتلبية الاحتياجات المشروعة وجهاً مهماً من أوجه قصور الصحة الوطنية فى كثير من بلدان المنطقة .

- تتمثل إحدى المشاكل الرئيسية ذات الصلة بالمخدرات فى عدة بلدان أفريقية فى إساءة

---

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سبق ذكره ص١٦١ - ١٦٣ .

استعمال أطفال الشوارع للمذيبات الطيارة (استنشاق الغراء) ، ففى جنوب أفريقيا مثلا يقدر أن ٠,٩ من أطفال الشوارع يتعاطون تلك المواد بانتظام .

ويعد القنب ، من حيث المساحة المزروعة أكثر المخدرات شيوعاً فى إفريقيا ولا تزال القارة مورداً رئيسياً للقنب وراتينج القنب لأوروبا .

هذا وقد استمرت زراعة القنب على نطاق واسع فى المغرب وتقدر مصادر من خارج المغرب أن المساحة المزروعة بالقنب فيه لا تقل عن ٦٠٠٠٠ هكتار ، ويقدر إنتاج عام ١٩٩٨ من راتينج القنب بألفى طن . ووفقا لنفس المصادر ، مر المغرب بتجربة ثلاثة محاصيل قنب متتابعة منذ عام ١٩٩٦ ضربت أرقاماً قياسية نتيجة لظروف مناخية مواتية للغاية ولاتباع أساليب زراعة متطورة أحياناً .

أهم منتجى القنب فى غرب أفريقيا لا يزال يفترض أنهما غانا ونيجيريا يليهما السنغال وكوت ديفوار . وعلى الرغم من شن حملة للقضاء على القنب فى نيجيريا ثمة تقديرات بأن إنتاج القنب فيه لا يزال آخذاً فى الزيادة نظراً لأن زراعة القنب غير المشروعة تجرى الآن على نطاق أوسع من ذى قبل ودمرت مؤخراً فى كل من توجو وناميبيا مواقع لزراعة القنب غير المشروعة .

هذا وقد ظهر مؤخراً فى أفريقيا الوسطى بصورة مقلقة تزايد لمشكلة الاتجار غير المشروع بالقنب وتعاطيه . ولا تزال جنوب أفريقيا وشرقها مصدراً هاماً للقنب الذى يتجر به فى أنحاء المنطقة وفى أماكن أخرى . وتظل جنوب أفريقيا واحدا من أكبر منتجى القنب فى القارة .

وتستخدم الموانى البحرية والجوية فى كافة أنحاء أفريقيا لإعادة شحن الهيروين القادم من آسيا والكوكايين القادم من أمريكا الجنوبية . وجاء هذا الاتجار نتيجة لزيادة تعاطى الهيروين والكوكايين ، وخاصة فى المدن الكبرى بالمنطقة .

فى أثناء عقد الثمانينيات وبداية عقد التسعينيات ، كان الميتاكوالون يهرب أكثره من الهند إلى بلدان فى شرق أفريقيا وجنوبها وهو الآن يصنع على نحو متزايد فى تلك

البلدان فى أفريقيا . وفى السنوات القليلة الأخيرة اكتشفت مختبرات سرية لصنع الميتاكوالون فى كل من جمهورية تنزانيا وجنوب أفريقيا وزامبيا وكينيا .

وفى السنوات الأخيرة ، استوردت البلدان الأفريقية كميات كبيرة من الإيفيدرين الذى أسئ استعماله فى المنطقة ولم يستخدم فى الصنع المشروع للميتامفيتامين وأن كميات كبيرة من الايفيدرين صُدِرت إلى ليبيريا لكى يستعملها الجنود .

وأخيراً فإن القات (Catha Edulis) يزرع على نطاق واسع فى شرق أفريقيا ، كما يزرع بصفة رئيسية فى أثيوبيا وأوغندا وكينيا (فى إقليم نيامبى) واليمن وفى أجزاء من جمهورية تنزانيا المتحدة ومدغشقر ، حيث تصدر أطنان منه إلى جيبوتى والصومال واليمن .

٢- القارة الأمريكية (١) :

أ - أمريكا الوسطى والكاريبى :

مازالت منطقة أمريكا الوسطى والكاريبى شديدة التعرض لتجارة العبور غير المشروع فى المخدرات وسلائفها بين مناطق الإنتاج ومناطق الاستهلاك فى أمريكا الجنوبية وأمريكا الشمالية وللأنشطة الإجرامية المترتبة على هذا الاتجار ، مثل غسيل الأموال والفساد . وقد زادت تجارة العبور فى الكوكايين من جراء توافر تلك المادة مما سببت زيادة فى تعاطى المخدرات فى المنطقة بأسرها ، وعلى حين أن القنب يجرى إنتاجه على نحو غير مشروع فى أمريكا الوسطى من أجل التعاطى المحلى وحده تقريباً ، فهو ينتج فى منطقة الكاريبى ، وفى بلدان يذكر منها جامايكا وسانت فيسنت وجرينادين ، بقصد تصديره إلى كندا والولايات المتحدة . وفى جميع بلدان أمريكا الوسطى ومنطقة الكاريبى ، وفيما عدا جامايكا والسلفادور ، ارتفعت كميات القنب المضبوطة باطراد فى سائر بلدان المنطقة خلال السنوات الخمس الأخيرة من القرن الماضى ، وأبلغ عن مواصلة الزراعة غير

---

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٩٩ ، مرجع سبق ذكره ص ١٣٠ - ١٣٨ .

المشروعة لخشخاش الأفيون على نطاق ضيق فى جواتيمالا . ويتاح بسهولة فى كافة أنحاء المنطقة كل من هيدروكلوريد الكوكايين والكراك . ففى أمريكا الوسطى ، أصبح الكراك فى بضع سنوات ثانى أكثر المخدرات تعاطياً ولا سيما بين القطاعات الاجتماعية الفقيرة والمهمشة من المدن الكبرى وعلى طول ساحل الأطلنطى . أما فى منطقة الكاريبى ، فتعاطى الكراك ظاهرة ملموسة وكثيراً ما يقترن بوقوع أعمال العنف .

وازدادت فى السنوات الخمس الأخيرة من القرن العشرين مضبوطات الكوكايين فى جميع بلدان المنطقة ، وخاصة فى منطقة وسط الكاريبى .

ويوجد فى معظم بلدان أمريكا الوسطى ومنطقة الكاريبى مخزون احتياطى كبير من الكوكايين . أما المؤثرات العقلية ، والبنزوديازيبينات بصفة رئيسية ، فتصنع بطرق مشروعة فى كل من بنما وجواتيمالا وكوبا .

ب- أمريكا الشمالية :

لا يزال القنب أكثر المخدرات تعاطياً فى بلدان أمريكا الشمالية الثلاثة وثمة اتجاه نحو ارتفاع محتوى التتراهيدرو كنابينول (THC) فى القنب الذى يزرع فى كل من كندا والأجزاء الغربية من الولايات المتحدة ويتجر به فى الجنوب وفى الشرق ، ويتمثل اتجاه آخر فى ارتفاع مستويات نقاء الهيروين المتاح فى أمريكا الشمالية ، مما أدى إلى زيادة تدخين الهيروين ولا سيما فى أوساط الشباب ، ونصيب سوق الهيروين القادم من جنوب شرقى آسيا للتعاطى فى الولايات المتحدة مستمر فى التراجع أمام الهيروين القادم من أمريكا اللاتينية ، ولكن الهيروين المصنوع فى جنوب شرقى آسيا لا يزال فائزاً بنصيب غالب فى السوق غير المشروعة فى كندا وسجلت زراعة القنب داخل البيوت فى كندا زيادة ملموسة . وتشير بيانات الضبط إلى وجود حركة نقل القنب ذى المحتوى العالى من التتراهيدرو كنابينول (THC) من مقاطعة كولومبيا البريطانية إلى الولايات المتحدة ، وكذلك من غرب الولايات المتحدة إلى شرقها .

ويظل القنب أكثر المخدرات تعاطياً فى أمريكا الشمالية ، ويفضله متعاطو المخدرات فى

بلدان المنطقة الثالثة ، وقد أسفرت الاستقصاءات التى أجريت فى الولايات المتحدة ، أن الارتفاع المفاجئ لتعاطى القنب بين الشباب أمر يقترن على نحو مباشر بالترويج لفكرة مؤداها أن تعاطى القنب لا ينطوى على ضرر أو أذى .

وفى المكسيك توجد الزراعة غير المشروعة لخشخاش الأفيون ولا يزال يزرع على مساحات محدودة يقع معظمها فى المرتفعات ، ويوجه الهيروين المستخلص من الخشخاش الذى يزرع فى جواتيمالا وكولومبيا والمكسيك فى المقام الأول إلى الأسواق غير المشروعة فى الولايات المتحدة .

وتشير البيانات عن المضبوطات إلى أنه لا يزال هناك قدر كبير من الاتجار غير المشروع فى الكوكايين فى أمريكا الجنوبية عبر المكسيك .

وفى كندا والولايات المتحدة يتزايد عدد الوفيات الناجمة عن الجرعات المفرطة، ربما نتيجة لارتفاع مستويات نقاوة الهيروين ، وعلى حين أن مستويات تعاطى المخدرات فى المكسيك ظلت عموما منخفضة بالمقارنة بنظيراتها فى الولايات المتحدة ، فإن تعاطى الكوكايين والكراك فى الولايات المتحدة يبدو أنه آخذ فى التناقص ، يواصل تزايد الاتجار بالميتامفيتامين وتعاطيه فى الولايات المتحدة ويجرى بيع وتوزيع (أل أس دى) الذى ينتج بطرق غير مشروعة ويحظى بشعبية كبيرة على الساحل الغربى للولايات المتحدة فى كل أنحاء العالم فى صورة طلبيات ترسل بالبريد ، كما زادت نسبة تعاطى أكثر من مخدر واحد معاً فى الولايات المتحدة من ذلك مثلا أن (Speedballing) أى الجمع بين الكوكايين والهيروين من خلال الحقن أو الاستنشاق) .

ومن المخدرات الآخذة فى الظهور فى الولايات المتحدة أوكسيدات الصوديوم (جاما هيدروكسى الزبدة) GHBولاسيما فى " أوساط النوادى " .

ج - أمريكا الجنوبية :

ليس من المعروف حجم زراعات القنب غير المشروعة فى أمريكا الجنوبية على وجه التحديد ، ويزرع القنب عادة للاستهلاك المحلى ، وفى بارجواى والبرازيل وسورينام وجيانا

وكولومبيا ، يزرع أيضا لتهريبه إلى بلدان أخرى . وواصلت كميات القنب المضبوطة زيادتها فى معظم بلدان المنطقة . ووفقا لبعض الاستقصاءات لا يزال القنب أكثر المخدرات شيوعاً ، ولا سيما فى أوساط السكان الأحدث سنا (الفئة العمرية ١٥ - ١٩ سنة) وهو مخدر بدء التعاطى الذى يستأثر بأكثر البلاغات .

وظلت اتجاهات الإنتاج غير المشروع للأفيون وصنع الهيروين على حالها فى عام ١٩٩٩ ، وتشير بعض الاستقصاءات إلى أن زراعة خشخاش الأفيون فى كولومبيا لم يطرأ عليها تغيير طوال السنوات الثلاث الماضية وإن طرأت زيادة على كمية الهيروين المضبوطة فى عام ١٩٩٧ .

ولا تزال البيانات الموثوقة عن الزراعة غير المشروعة لشجيرات الكوكا وإنتاج أوراق الكوكا وصنع هيدروكلوريد الكوكليين نادرة ، والزيادة التى طرأت على المساحة المزروعة بشجيرات الكوكا فى كولومبيا يعوض عنها إلى حد كبير ما طرأ من نقص على المساحات المزروعة بشجيرات الكوكا فى بوليفيا وبيرو .

وبالنظر إلى ارتفاع غلة أوراق الكوكا فى بيرو ، يبدو أن ذلك البلد قد ظل المنتج الرئيسى لأوراق الكوكا فى العالم . ويواصل تجار الكوكايين الموجه للأسواق غير المشروعة فى أوروبا وأمريكا الشمالية استخدام أساليب وسلوك مسارات أشد تنوعا ، ولم يستطيع أى من بلدان المنطقة أن يفلت من استخدامه كنقطة عبور لتهريب الكوكايين ، وفى معظم البلدان ازدادت كميات الكوكايين المضبوطة بها فى الفترة الأخيرة مع استثناءين اثنين هما أورجواى وبيرو .

وبالنسبة للمؤثرات العقلية ، فإن إساءة استعمال المنشطات مازالت هى المشكلة ، وقد اتخذت البلدان الثلاثة - الأرجنتين والبرازيل وشيلى - الأكثر تضررا منها خطوات تشريعية وإدارية لمعالجة المشكلة ، وقد حدث بالفعل انخفاض فى إساءة استعمال هذه العقاقير فى شيلى فى حين أن الأرجنتين والبرازيل لا تزالان تحاولان التغلب على بعض صعاب التنفيذ الناجمة عن اتساع مساحة أراضيهما .

٣- آسيا [١] :

أ - شرق وجنوب شرق آسيا :

خلفت الأزمة الاقتصادية التى حلت بشرق آسيا وجنوب شرقى آسيا فى نهاية الألفية الثانية أثرها على جميع جوانب الحياة بالمنطقة حيث خفضت بدرجة ملحوظة الميزانيات السنوية المخصصة لمراقبة المخدرات فى بعض البلدان . ومن جهة أخرى لا يزال من الصعب تحديد تأثير الانكماش الاقتصادى على الاتجار غير المشروع بالمخدرات وعلى معدلات استهلاكها وعلى أسعار بيعها فى الشوارع . ولا تزال المشاكل الرئيسية فى المنطقة تتمثل فى الزراعة غير المشروعة لخشخاش الأفيون (فى المناطق الواقعة على الحدود بين ميانمار والبلدان المجاورة لها) ، وتهريب انهيدريد الخل والأيفيدرين والأفيدرين الكاذب إلى المثلث الذهبى(*) حيث تستخدم تلك المواد فى صنع الهيروين والمنشطات الامفيتامينية فى مختبرات سرية . وتمتد طرق الاتجار بالمخدرات من تلك المنطقة إلى الأسواق غير المشروعة داخل المنطقة وخارجها ، ويسهم توافر المخدرات غير المشروعة فى تفاقم مشاكل تعاطى المخدرات بما فى ذلك سرعة انتشار العدوى بفيروس العوز المناعى البشرى (الإيدز) فى أوساط أولئك الذين يتعاطون تلك المواد بطرق الحقن ، وتتواصل زراعة القنب فى كثير من بلدان المنطقة للاستهلاك المحلى والتصدير معاً وقد أصبحت كمبوديا مصدراً رئيسيا للقنب إذ تزود به الأسواق غير المشروعة فى كافة أنحاء العالم ، كذلك تم رصد زيادة فى الاتجار بالقنب فى ماليزيا ، ولا يزال الاتجار غير المشروع بالمواد الأفيونية وتعاطيها يمثلان مشكلة خطيرة فى المنطقة ، وفى فيتنام تقلصت زراعة خشخاش الأفيون من مساحات كبيرة وتعد تايلاند والصين مركزين رئيسيين من مراكز الاتجار فى الهيروين القادم من المثلث الذهبى وإن وجدت أيضا مسارات لذلك عبر جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وفيتنام وكمبوديا والصين وميانمار ، حيث يشيع حقن المخدرات ، وأسهم تقاسم أدوات الحقن فى انتشار عدوى فيروس الإيدز وأدت زيادة توافر

---

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٨ ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٣٢ .
(*) يطلق أسم المثلث الذهبى على بلاد " تايلاند وبورما ولاوس " بجنوب شرق آسيا .

المواد الأفيونية ، ربما نتيجة لزيادة أنشطة الاتجار فى المنطقة إلى ارتفاع نسبة حقن المواد الأفيونية فى أوساط الشباب فى كافة أنحاء فيتنام . أما الأسلوب التقليدى لتدخين الأفيون وما يترتب عليه من إدمان فيسود خاصة فى أوساط فئات السكان الأكبر سنا فى المرتفعات .

ولم تقدم إلا بلاغات متفرقة عن الاتجار بالكوكايين وتعاطيه فى المنطقة حيث لوحظ أن الصنع غير المشروع للمنشطات الامفيتامينية والاتجار فيها آخذان فى الانتشار وقد بلغا مستويات قياسية فى بعض بلدان المنطقة وتشير البيانات عن حالات الضبط إلى أن الصين وميانمار مصدران رئيسيان للميتامفيتامينات المصنوعة والموجودة فى الأسواق غير المشروعة فى هذين البلدين وفى غيرهما وعلى الرغم من أن ألـم د م أ (الإكستازى) المضبوط فى شرق آسيا وجنوب شرقى آسيا يصنع فى أوروبا ، فقد عثرت قوات الشرطة لأول مرة فى نوفمبر ١٩٩٧ على مختبر فى الصين يصنع تلك المادة كذلك أبلغ عن صنع ألـم د م أ فى إندونيسيا ولوحظ توسع كبير فى بعض بلدان المنطقة تعاطى المنشطات الامفيتامينية ولاسيما الامفيتامين والميتامفيتامين .

وقد استمر فى عام ١٩٩٨ الاتجاه الصاعد فى تعاطى أكثر من مخدر بالمنطقة حيث يوجد فى الصين وفيتنام عدد كبير يتعاطون المهدئات والامفيتامينات . كما ثبت أن إساءة استعمال المذيبات الطيارة - ولاسيما استنشاق الغراء - أخذ يزداد فى عدة بلدان بالمنطقة يذكر منها تايلاند وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وكمبوديا وكثيراً ما يقرن هذا الشكل من أشكال تعاطى المخدرات بصغار الأطفال الذين يعيشون فى ظروف صعبة خاصة فى المناطق الحضرية التى يتفشى فيها الفقر والبطالة . ويستمر الاتجار بالمخدرات وتعاطيها فى جنوب آسيا واقترانهما إلى حد بعيد بتجارة العبور نتيجة لقرب المنطقة من أهم منطقتين لإنتاج المواد الأفيونية فى العالم وهما الهلال الذهبى (*) والمثلث الذهبى وظلت الزراعة غير المشروعة للمحاصيل المخدرة فى بلدان جنوب آسيا محدودة نسبياً وتوجه المخدرات غير المشروعة الناجمة عن ذلك إلى الأسواق غير المشروعة داخل المنطقة بصفة رئيسية .

(*) يطلق اسم الهلال الذهبى على بلاد " باكستان وأفغانستان وإيران " .

* **الزراعة والإنتاج والصنع والاتجار والتعاطى :**

هربت كميات كبيرة من الهيروين إلى بلدان جنوب آسيا قادمة من أفغانستان وباكستان وتايلاند وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وميانمار ، إلى أسواق غير مشروعة خارج المنطقة فى أوروبا وأمريكا الشمالية ، وإن استهلك جانب منه محلياً .

ويستمر تعاطى أدوية السعال المحتوية على الكودايين على نطاق واسع فى جنوب آسيا . ويستمر تعاطى منتجات دوائية أخرى ، مثل المنومات والمسكنات ومضادات القلق (الباربيتورات والبينزوديازيبينات) فى معظم بلدان جنوب آسيا .

ب - غرب آسيا :

فى أفغانستان توجد زراعات خشخاش الأفيون غير المشروعة على نطاق واسع وإن كان من المتوقع أن يكون مستوى إنتاج الأفيون فى السنوات القادمة أقل منه فى السنوات السابقة نتيجة لسوء الأحوال الجوية وعلى حين يتواصل الصنع غير المشروع للمورفين والهيروين وتوجد دلائل تشير إلى أن الصنع غير المشروع للهيروين الذى كان يحدث من قبل فى باكستان قد انتقل بعد ذلك إلى أفغانستان .

وتشير التقديرات إلى أن ما يصل إلى ٦٥٪ من جميع ما تنتجه أفغانستان من الأفيون والمورفين والهيروين يجرى الاتجار به عبر وسط آسيا ، وأن انتشار تعاطى المواد الأفيونية فى أفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية يبدو أنه آخذ فى الاتساع .

* **الزراعة والإنتاج والصنع والاتجار والتعاطى :**

يزرع القنب على نحو غير مشروع أو ينمو فى الطبيعة على مساحات شاسعة فى أفغانستان (فى المناطق القبلية) وفى لبنان كادت تختفى تماما زراعة القنب غير المشروعة ولكنها عادت للظهور مرة أخرى فى عامى ٩٧ ، ٩٨ .

وتأتى المواد الكيميائية المستخدمة فى الإنتاج غير المشروع للهيروين فى أفغانستان من أوروبا بصفة رئيسية ، مارة بباكستان فى أحيان كثيرة ، ولكنها تأتى أيضا من الصين والهند .

والأفيون الذى ينتج حالياً على نحو غير مشروع فى آسيا الوسطى ليس له تأثير هام على السوق العالمية غير المشروعة . وفى بلدان القوقاز (أذربيجان وأرمينيا وجورجيا) تجرى زراعة خشخاش الأفيون فى معظمها على مساحات صغيرة من الأراضى وهى إلى حد كبير تستهدف السوق المحلية .

وفى تركيا ، ربما دلت التقارير على تناقص ضبطيات أنهدريد الخل والهيروين علامة على أن تجهيز الهيروين يجرى نقله جزئيا إلى بلدان أخرى بالمنطقة الفرعية .

وفى عام ١٩٩٨ ، لم تكتشف فى لبنان أى زراعة على نطاق كبير لخشخاش الأفيون ولا أى صنع للمواد الأفيونية . وتتعاطى نسبة كبيرة من المواد الأفيونية المنتجة فى أفغانستان فى غرب آسيا وفى جنوب آسيا ، ويهرب الباقى إلى أوروبا وتعد جمهورية إيران الإسلامية إحدى الأسواق غير المشروعة الرئيسية لأفيون أفغانستان ، ويتفشى تعاطى الأفيون فى جمهورية إيران الإسلامية فى أوساط المسنين بالمناطق الريفية وفى أوساط الأثرياء فى المدن ، أما شباب المدن فيتجهون نحو الهيروين الرخيص الثمن لتدخينه أو حقنه .

لا يزال تعاطى الهيروين واسع الانتشار فى باكستان حيث يتزايد تعاطيه بطريق الحقن ، وتشير التقارير إلى زيادة مطردة فى تعاطى الهيروين فى بلدان أخرى كثيرة فى غرب آسيا ، بما فى ذلك بلدان لم تكن تعرفه من قبل .

وفى الدول الأعضاء فى كومنولث الدول المستقلة سجل تعاطى المواد الأفيونية زيادة كبيرة فى أعوام ٩٥ ، ٩٦ ، ٩٧ ، ٩٨ ، ولاسيما فى أوساط الشباب ، كما سجل تعاطى المخدرات زيادة على طول مسارات الاتجار بها . ولا يزال تعاطى الكوكايين قليل الانتشار بالمنطقة . وتشير ضبطيات من الكوكايين محدودة النطاق فى إسرائيل وتركيا وتركمانستان ولبنان وفى بلدان منطقة القوقاز إلى تعاطى كميات قليلة منه فى تلك البلدان .

ووفقا لما جاء فى تقارير الضبطيات لا يزال شائعا فى شبه الجزيرة العربية تعاطى

مختلف المنشطات المهربة بصفة رئيسية عبر الأردن وتركيا والجمهورية العربية السورية والمسجلة فى معظمها تحت اسم الماركة Captagon وتستخدم الحدود الساحلية للبلدان الواقعة على الخليج بدرجة متزايدة لأغراض ذلك التهريب .

وفى الدول الأعضاء فى كومنولث الدول المستقلة ، تصاعدت فى السنوات الأخيرة ظاهرة تعاطى العقاقير الأمفيتامينية ، بما فى ذلك الإكستازى القادم من أوروبا الغربية ، ويتزايد فى بلدان أخرى فى غرب روسيا أيضا تعاطى الإكستازى الأوروبى المنشأ .

وشهدت إسرائيل ارتفاعا فى تعاطى أل L.S.D والعقاقير الإمفيتامينية المختلفة ولاسيما الإكستازى ، ويتعاطى المدمنون فضلا عن ذلك عقاقير محورة لم تخضع بعد للمراقبة الدولية .

وفى يوليه ١٩٨٨ ، أخضعت إسرائيل عدداً من العقاقير المحورة للمراقبة الوطنية وانخفض فى الجمهورية العربية السورية والمملكة العربية السعودية عدد ضبطيات المهبطات (السيكوباربيتال) .

٤-أوروبا (١) :

من المعروف أن أوروبا كانت دائماً وجهة رئيسية لتلقى المخدرات إلا أنها ظهرت أيضا بوصفها منتجاً للقنب والمخدرات المصنعة ففى أوروبا يصنع أل (M D M A الإكستازى) فى مختبرات سرية ويتجر به على صعيد العالم كما أن معظم العقاقير التخليقية التى ضبطت فى أوروبا الغربية تصنع أيضا فى بلدان أوروبا الغربية يخص منها بالذكر هولندا ، وفى بعض بلدان أوروبا الشرقية .

وقد ارتفع معدل تعاطى الهيروين فى بعض بلدان أوروبا الغربية بينما ظل على حاله وانخفض فى بلدان غيرها ومتوسط سن متعاطى الهيروين آخذ فى الارتفاع وقد طرأ تحول عن حقن الهيروين إلى تدخين الهيروين ، وهو تحول أتاحته زيادة ونقاوة ذلك العقار ، وانخفضت أسعار الهيروين وترتب على ذلك زيادة توافره فى الأسواق غير المشروعة .

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٩ ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٤٨ - ١٥٤

ولا يزال عدد ضبطيات الكوكايين مرتفعاً ، وخلافاً لتعاطى العقاقير التخليقية أو تعاطى الهيروين ، اللذين حظيا بكثير من الاهتمام ، لا يبدو أن عامة الناس تنظر إلى تعاطى الكوكايين على أنه مشكلة خطيرة من مشاكل الصحة العامة . كما أن تعاطى أكثر من مخدر معاً آخذ فى الارتفاع مما يشكل تحدياً خطيراً للمشتغلين بعلاج متعاطى المخدرات .

والاتجار بالقنب آخذ فى الزيادة والانتشار فى كافة أنحاء القارة الأوروبية ، وزراعة القنب داخل البيوت ، التى بدأت فى هولندا بصفة رئيسية أخذت تنتشر فى كثير من البلدان الأوروبية ولاسيما المملكة المتحدة حيث تضاعفت الضبطيات أثناء السنوات القليلة الماضية . وينمو القنب فى الطبيعة فيما تربو مساحته على مليون هكتار من الأرض فى الجزء الجنوبى من الاتحاد الروسى ويصل إلى ١٠٠٠٠٠ هكتار فى أوكرانيا .

والمصادر غير الأوروبية الرئيسية للقنب المضبوط فى أوروبا هى باكستان وتايلاند وكمبوديا وكولومبيا والمغرب ونيجيريا . ولا تزال أسبانيا وهولندا هما المركزين الرئيسيين لتوزيع القنب فى أوروبا . وتعد أسبانيا المدخل الرئيسى للقنب المغربى وهولندا المدخل الأوروبى الرئيسى للقنب القادم من كولومبيا ونيجيريا .

ويزرع خشخاش الأفيون على نحو غير مشروع فى الاتحاد الروسى وفى أوكرانيا يستخدم ما لا يقل عن ٣٠٠٠ هكتار فى الزراعة غير المشروعة لخشخاش الأفيون آخذة فى الزيادة فى ليتوانيا حيث تدمر سنويا حقول واسعة من الخشخاش .

وظلت على حالها أو انخفضت ضبطيات الهيروين فى غرب أوروبا باستثناء المملكة المتحدة حيث بلغت تلك الضبطيات مستوى قياسياً زاد على طنين فى عام ١٩٩٧ .

ويواصل معظم الهيروين تهريبه من بلدان فى جنوب غربى آسيا وإن كان بعضه يجرى إنتاجه فى بلدان بجنوب شرقى آسيا وفى كولومبيا .

ويظل تعاطى الكوكايين منخفضا نسبيا فى أوروبا الشرقية حيث يقتصر ذلك التعاطى على شرائح سكانية معينة نظراً لارتفاع أسعاره ، من جهة أخرى تشير عمليات ضبط شحنات كبيرة من الكوكايين فى بلغاريا وكرواتيا إلى أن المخدر يهرب على نطاق واسع

من أمريكا الجنوبية عبر أوروبا الشرقية ومن ثم لا يمكن استبعاد تركه قدراً من الآثار الجانبية فى أوروبا الشرقية .

ويبدو أن تعاطى الكراك لم يصبح واسع الانتشار فى أوروبا على خلاف الوضع فى الولايات المتحدة .

وفى عام ١٩٩٧ ، كما فى الأعوام السابقة كان الامفيتامين هو المؤثر العقلى الرئيسى الذى يضبط فى أوروبا .

وظلت كميات المؤثرات العقلية المضبوطة تتزايد منذ عام ١٩٩٥ ، فكانت أوروبا تمثل نسبة كبيرة من مضبوطات الامفيتامين المبلغ عنها على صعيد العالم .

وبلدان المصادر الرئيسية للامفيتامينات ونظائرها مثل ألـم د م أ (الإكستازى) هى ألمانيا وبلجيكا وبولندا وهولندا .

وتشير البيانات المتوافرة إلى أن أوروبا الشرقية تستخدم على نحو متزايد المنشطات الامفيتامينية فى الصنع غير المشروع للمواد المخدرة وكذا الاتجار فى السلائف والكيماويات المستخدمة كمواد أولية فى الصنع غير المشروع لتلك العقاقير المخدرة .

ولا يزال التصنيع المحلى للامفيتامينات والايفيدرين (الميتاكاثينون) والـم د م أ مستمراً فى دول البلقان على نطاق أضيق ، حيث تتوافر الأسواق غير المشروعة للسلائف التى تستخدم فى صنع العقاقير التخليقية .

٥ - أوقيانيا [١] :

يزرع القنب - أكثر المخدرات تعاطيا فى أوقيانيا - لأغراض التعاطى وهو متوفر فى كافة أنحاء المنطقة .

ومن المتوقع أن يواصل تزايد تعاطى مشتقات الامفيتامين فى استراليا ونيوزيلندا وربما أيضا فى عدد أخر من بلدان المحيط الهادى . وفى استراليا يوجد زيادة فى عدد متعاطى

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٩ مرجع سبق ذكره ص ١٥٥ .

القنب وانخفاض فى متوسط الأعمار التى يبدأ فيها تعاطى القنب لأول مرة . وثمة اتجاه متزايد نحو زراعة القنب على محتوى التتراهيدروكنابينول (THC) داخل البيوت ، ويحدث ذلك أيضا فى نيوزيلندا بصفة رئيسية ولكن أيضا فى بعض البلدان الأخرى بالمنطقة .

كما طرأت زيادة على كمية الهيروين المضبوطة فى استراليا أثناء الأعوام الخمسة الماضية . وظل الهيروين متوافرا على نطاق واسع وانخفضت أسعاره وظل محافظا على مستوى نقاوته . ولا يزال مدى انتشار تعاطى الهيروين غير واضح المعالم . ظل الامفيتامين محافظاً على مكانته كثانى أكثر المخدرات تعاطياً فى استراليا ومعظم ما يتعاطى من الامفيتامين ، بما فيه مشتقات الميتامفيتامين محلى المنشأ .

معظم ألـم د م أ (الإكستازى) وشبائهه يهرب إلى استراليا من بلدان فى آسيا وأوربا ، غير أنه يصنع أيضا على نحو غير مشروع فى استراليا ، وقد زاد عدد ضبطيات الامفيتامينات من نوع الإكستازى . وتسرب المواد الصيدلانية المحتوية على العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية من المصادر المشروعة لبيعها جملة وبالتجزئة وتهرب عقاقير الهلوسة ومنها أل أس دى إلى بلدان أوقيانيا من الولايات المتحدة ومن بلدان فى أوروبا وشعبيتها آخذة فى النمو أما الإكستازى العشبى Herbal Ecstasy الذى يحتوى على الإيفيدرين فيستورد على نحو غير مشروع من الولايات المتحدة لأغراض غير طبية .

المبحث الرابع
الموقف الراهن لمشكلة المخدرات فى مصر

مصر ليست من الدول المنتجة للمخدرات بالمعنى العام وفقا لتصنيف شعبة المخدرات بهيئة الأمم المتحدة [١] ولكنها من الدول المستهلكة لأنواع مختلفة من المخدرات التى تهرب إليها من الخارج عبر سواحلها البحرية ، ومن خلال المنافذ الجوية والبرية والبحرية .

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١٨ .

كما أن الموقع الجغرافى المتميز لمصر جعل منها نقطة عبور هامة للمخدرات التى تسعى العصابات الدولية إلى تهريبها من دول الإنتاج فى (جنوب شرقى وغربى آسيا إلى الدول المستهلكة فى المنطقة العربية وأوروبا وأمريكا الشمالية . كما أن وجود أهم معبر مائى يربط بين المشرق والمغرب وهو قناة السويس جعل من مصر دولة عبور للمخدرات حيث اتخذت العديد من عصابات التهريب فى البلدان الأسيوية المنتجة للمواد المخدرة من مصر نقطة عبور إلى دول أوروبا وأمريكا الشمالية هذا بجانب استخدام ميناء القاهرة الدولى من عصابات ساحل الغرب الأفريقى كنقطة عبور لتهريب شحنات الهيروين لمناطق عديدة بالعالم .

ومصر تعد من الدول المستهلكة للعديد من أنواع المخدرات على النحو التالى :

- مخدر الحشيش : انتشر انتشاراً واسعاً فى مصر فى أواخر السبعينيات وعقد الثمانينيات وبدايات عقد التسعينيات فقد بلغت كميات الحشيش المضبوطة فى عام ١٩٧٦ (٢٤٩٧٩ كيلو جراما) [١] وتزايدت حتى وصلت إلى (٤٠٧٣٩ كيلوجراما) فى عام ١٩٨٧[٢] وتم ضبط (١٠٧٢٦ كيلو جراما) عام ١٩٩١ [٣] ثم بدأ الحشيش فى التراجع اعتباراً من عام ١٩٩٢ حيث تم ضبط (٧٩٨٥ كيلو جراما) [٤] خلال هذا العام وظل التناقص ملحوظا حتى وصل إلى (٥٢٤ كيلو جراما) [٥] فقط عام ٢٠٠٠ .

٢- مخدر الأفيون : من المخدرات التى عرفها المصريون منذ زمن بعيد ، وكان يهرب إلى مصر من العديد من الدول المنتجة له سواء عن طريق البحر الأبيض المتوسط أو البحر الأحمر أو عبر قناة السويس ، بالإضافة للأفيون المحلى الذى بدأت زراعته فى صعيد مصر مع بداية السبعينيات .

---

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٠ ، ص ٢٣٦ .
(٢) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٧ ، ص ٢١٣ .
(٣) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩١ ، ص ٢٩٦ .
(٤) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٢ ، ص ٢٦٠ .
(٥) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سبق ذكره ص ٢١٦ .

وقد قامت أجهزة المكافحة بضبط ٣٦٠ كيلو جراما من الأفيون فى عام ١٩٧٦ وبدأ فى الانتشار بصورة كبيرة بعد ذلك ، فتم ضبط عدد ٣١٤٧ كيلو جراما فى عام ١٩٨٠[١]، ٣٨٧٣ كيلو جراما فى عام ١٩٨٨[٢] .

إلا أنه خلال التسعينيات ومع ظهور زراعات الخشخاش فى بعض صحارى مصر للاستهلاك المحلى توقفت عمليات الجلب لهذا المخدر بصورة ملحوظة وتراجعت الضبطيات حتى وصلت إلى ٢٤ كيلو جراما عام ١٩٩٩ ، ٧٥ كيلو جراما عام ٢٠٠٠[٣] .

٣- مخدر الهيروين : من المواد المخدرة التى تجلب من الخارج إلى مصر عبر المنافذ البرية والجوية والبحرية ، وقد بدأ فى الظهور فى أواخر السبعينيات وأوائل الثمانينيات بين الطبقات ذات المستوى المادى المرتفع بالمجتمع .

وقد كانت ضبطيات الهيروين تتأرجح صعوداً وهبوطاً طوال فترة الثمانينيات حيث تم ضبط ٢٥٥ كيلو جراما عام ١٩٨٠ ، ٢٤٢ كيلو جراما عام ١٩٨٣[٤] ، ٩٩ كيلو جراما عام ١٩٨٦ ، ٣٣٥ عام ١٩٨٨[٥] ثم بدأت فى التراجع حتى وصل متوسط الكميات المضبوطة إلى ٦٥ كيلو جراما سنوياً طوال مدة التسعينيات وحتى عام ٢٠٠٠ .

٤- مخدر الكوكايين : يعتبر من المخدرات ذات الدائرة المحدودة الانتشار فى البلاد وتشير إحصائيات الضبط إلى أن الكميات المضبوطة ضئيلة جدا وتعزى أجهزة المكافحة هذا الانتشار المحدود لارتفاع سعره بشكل ملحوظ فى سوق الاتجار غير المشروع فى مصر حيث يهرب للبلاد من مناطق إنتاجه بدول أمريكا الجنوبية عبر بعض الدول الأوروبية إضافة إلى الرقابة الفعالة لأجهزة المكافحة على منافذ البلاد وبلغ متوسط الكميات المضبوطة خلال فترة التسعينيات كيلو جرامين سنوياً ، وإن كانت الكمية التى ضبطت

---

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٠ ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣٦ .
(٢) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٩ ، ص ٤٤٩ .
(٣) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢١٦ .
(٤) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٣ ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣٤ .
(٥) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٩ ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٤٨ - ٤٤٩ .

عام ٢٠٠٠ وحدها بلغت ١٤,٣ كيلو جراما[١] الأمر الذى يدعو للقلق من احتمال عودة هذا المخدر للانتشار فى البلاد مرة أخرى .

٥ - المواد والعقاقير المؤثرة على الحالة النفسية : تعتبر العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية ضمن أهم أنواع المخدرات التى اتجه العديد من المهربين والتجار فى التعامل فيها مع بداية التسعينيات بطريقة غير مشروعة من أجل تحقيق الربح مستغلين عدم تناسب العقوبات المقررة آنذاك للجلب والاتجار فى تلك العقاقير التخليقية .

وقد تفشت فى السنوات الأخيرة ظاهرة تعاطى عقار الروهابينول (ROHABINOL) حيث زاد كبار تجار المخدرات فى مصر والخارج من نشاطهم فى جلب ذلك العقار والاتجار فيه لأن العقار غير مسجل بسجلات الصيدلية المصرية وغير مصرح طبياً بتداوله بالأسواق المصرية بالطرق الشرعية ، ومع تصاعد عمليات تهريب العقار والاتجار فيه احتل المرتبة الثانية بين أنواع المخدرات الأكثر انتشارا فى مصر .

وقد أشارت الإحصائيات لارتفاع الكميات المضبوطة من عقار الروهابينول ارتفاعا مضطرداً غير مسبوق ، فبينما بلغت الكميات المضبوطة ٨٣٣٠٤ قرصاً عام ١٩٨٩[٢]، وصل ما تم ضبطه منه عام ١٩٩٨ إلى ١,٠٠٥,٧٩٩ قرصاً[٣]

وفى عام ٢٠٠٠[٤] تم ضبط ٥٧٠٧٦ قرصاً بالإضافة إلى ٣٣٧٢ قرصاً "إكستازى"[٥] وهو أحدث العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية الجديدة الواردة إلى البلاد فى الآونة الأخيرة ، وفى المقابل بدأ مخدر الماكستون فورت فى التراجع ، فبينما تم ضبط ٥٣٦٤٣٠ سم٣ فى عام ١٩٩١[٦] ، تم ضبط ١١٦٥٠ سم٣ فقط عام ٢٠٠٠[٧] .

---

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سابق ، ص ٢٢٢ .
(٢) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٩ ، مرجع سابق ، ص ٤٤٩ .
(٣) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٨ ، مرجع سابق ، ص ٢١٤
(٤) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سابق ، ص ٢٣٠ .
(٥) المرجع السابق ، نفس الموضع .
(٦) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩١ ، مرجع سابق ، ص ٢٩٩ .
(٧) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، ص ٢٢٢ .

٦ - مخدر البانجو : يحتل المرتبة الأولى فى المواد المخدرة الأكثر انتشاراً فى مصر ، والبانجو هو ما يسمى ببعض البلدان الأخرى الماريونا أو الماريجوانا ومع بداية عقد التسعينات وانحسار مخدر الحشيش عن سوق الاتجار غير المشروع فى مصر ظهر مخدر البانجو وغزا السوق المصرى وبدأ كثير من المتعاطين فى اللجوء إليه عوضا عن اختفاء وندرة وارتفاع ثمن المخدرات التقليدية السائدة وبصفة خاصة مخدر الحشيش .

وبينما تم ضبط ٣٣٠ كيلو جراما بانجو عام ١٩٩٢(١) بدأت كميات الضبط فى الزيادة سنوياً حتى وصلت إلى ٣١٠٧٨ كيلو جراما عام ١٩٩٨(٢) ، ٢٢٥٨٨ عام ١٩٩٩(٣) ، ٣٠٣٩٧ عام ٢٠٠٠(٤) مما يؤكد خطورة وسيطرة هذا المخدر على المتعاطين والمدمنين من الشباب حالياً .

٧ - الزراعات المخدرة : انتشرت خلال السنوات الأخيرة الزراعات غير المشروعة لنباتى القنب والخشخاش ، خاصة فى أودية شبه جزيرة سيناء وفى جنوب الصعيد ، حيث تتركز تلك الزراعات فى مناطق نائية شديدة الوعورة .

ومن الملاحظ أن زراعات القنب " البانجو " تصاعدت تصاعداً كبيراً مع بداية التسعينيات حيث تم ضبط ٤٢٠٠٠ كيلو جرام عام ١٩٩١(٥) ووصل إلى ٤,٧٩٦,٤٠٠ كجم عام ٢٠٠٠(٦) .

---

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٢ ، مرجع سبق ذكره، ص ٢٦٠ .

(٢) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٨ ، مرجع سبق ذكره، ص ٢٠٠ .

(٣) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٩ ، مرجع سبق ذكره، ص ٢٨٢ .

(٤) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سبق ذكره، ص ٢٣٣ .

(٥) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩١ ، مرجع سبق ذكره، ص ٢٣٠ .

(٦) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سبق ذكره، ص ٢٣٣ .

وبالنسبة لزراعات الخشخاش " الأفيون " فقد تراجعت خلال العشر سنوات الأخيرة من القرن العشرين على عكس زراعات " القنب " ، فقد تم ضبط ١٠٧٨٤ كجم عام ١٩٩١[١] ووصل المضبوط منها إلى ٥٧٥٢ كجم فى عام ٢٠٠٠[٢] .

ونتناول بشىء من التفصيل موقف كل نوع من أنواع المخدرات السابق الإشارة إليها عند عرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بمضبوطات المخدرات فى الفصل الرابع الذى يتناول الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة المخدرات فى المجتمع المصرى وذلك من خلال استعراض حجم مشكلة المخدرات فى مصر .

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩١ ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣٠ .

(٢) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٣٣ .



الفصل الثالث

الدوافع الإقتصادية و الإجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخـدرات



الفصل الثالث

الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات

المبحث الأول : الدوافع الاقتصادية .

المبحث الثانى : الدوافع الاجتماعية .

المبحث الثالث : الدوافع الشخصية .

الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات :

تنطوى ظاهرة تعاطى الشباب للمخدرات ، على دوافع عديدة منها ما هو اقتصادى ويتعلق بطبيعة الظروف الاقتصادية ، التى أدت إلى زيادة معدلات التعاطى والإدمان ومنها ما هو اجتماعى ، ويرتبط من ناحية بآراء علماء الاجتماع فى تفسير هذه الظاهرة ، ومن ناحية أخرى بدور الدوافع الشخصية التى تجعل الفرد مقبلا على التعاطى أكثر من غيره من أفراد المجتمع . وفيما يلى سوف نعرض لهذه الأسباب الدافعة إلى تعاطى الشباب للمخدرات على النحو التالى :

المبحث الأول
الدوافع الاقتصادية

مما لاشك فيه أن أخطر القضايا الاجتماعية التى تسيطر على اهتمامات زعماء العالم الثالث ، هى قضية الفقر والبطالة ، فمنذ سنوات عديدة وتسعى هذه الدول نحو تجاوز حالة الفقر وتحسين معيشة أفرادها . غير أن تلك المحاولات غالباً ما كانت تبوء بالفشل نظرا للتحديات الكبرى من جانب النظام الرأسمالى العالمى الذى يرغب دائما فى الحفاظ على حالة التخلف الاقتصادى من خلال آليات خاصة تخلق نوعا من التضخم والفقر ، وتزيد من معدل العاطلين فى أوطاننا وأيضا من معدلات التعاطى بين الشباب (١) .

وقد تصدرت قضية الفقر وتخفيف حدته دائرة الاهتمام العالمى والمحلى خلال العقد

(١) انظر : وثائق مؤتمر كوبنهاجن للتنمية الاجتماعية ، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية ، القاهرة ، ١٩٩٧ .

الأخير من القرن الماضى ، ويرجع هذا الاهتمام إلى تأثير سياسات إعادة الهيكلة الرأسمالية ، التى بدأت كثير من بلدان العالم النامى تنفيذ برامجها ، والتى أدت إلى تفاقم الفقر فى كثير من هذه البلدان .

وتشير أحدث التقارير الصادرة عن البنك الدولى ، إلى أنه من كل ستة مليارات من أصل سكان الأرض ، هناك ثلاثة مليارات يعيشون بأقل من دولارين فى اليوم ، وأنه خلال الخمس عشرة سنة القادمة ، سوف يرتفع الرقم إلى أربعة مليارات من أصل ثمانية مليارات من السكان .

وترجمة لهذا الاهتمام بقضية الفقر وتخفيف حدته ، عقدت كثير من المؤتمرات الدولية التى ناقشت قضية الفقر ، مثل مؤتمر القاهرة للسكان ١٩٩٤ ، وقمة كوبنهاجن ١٩٩٥ ومؤتمر بكين ١٩٩٥ . وقد تناولت هذه المؤتمرات ضمن محاورها الرئيسية أهمية تنفيذ سياسات وبرامج رامية إلى ضرورة التصدى للفقر والبطالة والتهميش الاجتماعى (١) .

ويبدو أن اهتمام هذه الدول بقضية الفقر والبطالة بالذات يرجع إلى إدراكها الواعى بخطورة هاتين المشكلتين ، وذلك لارتباطهما بمشكلات أخرى ناجمة عنهما من أهمها مشكلة المخدرات .

ونتناول بشىء من التفصيل قضايا الفقر والبطالة فى مصر باعتبارها من الأسباب الاقتصادية المهمة الدافعة لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات .

أولاً : الفقر :

فى الواقع أن الفقر موجود فى مصر فى الريف والحضر ، وأن الفقر المترسخ فى الريف هو أحد أهم عوامل زيادة انتشار الفقر فى المناطق الحضرية ، وتفسير ذلك أن الهجرة من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية - تحت تأثير وطأة الفقر على ظروف المعيشة بالريف -

(١) انظر : المرجع السابق .

تضيف أعداداً كبيرة إلى الفقراء فى المناطق الحضرية . كما يمثل المهاجرون من ريف مصر إلى حضرها المصدر الرئيسى للعمالة فى القطاع غير المنظم ، والذى يمثل بدوره المستوعب الرئيسى للعمالة غير الماهرة وللجماعات المهمشة . كذلك تعد الهجرة من الريف إلى الحضر من أهم أسباب التدهور البيئى وظهور المناطق العشوائية التى يعد الفقر المدقع خاصية مشتركة بينها .

وللفقر فى ريف مصر تاريخ طويل ، فقبل ثورة ١٩٥٢ كان عدد محدود من ملاك الأراضى يستأثر بالجزء الأكبر من الإنتاج الزراعى بينما الغالبية الساحقة من سكان الريف تؤمن بالكاد وسائل إشباع حاجات بقائها . ولم تمض سوى بضع سنوات عقب الثورة حتى كان على القطاع الزراعى أن يتحمل أعباء البرامج الطموح لتحقيق النمو الصناعى فى مصر . وإذا كان حقيقياً أن ملكية الأراضى قد تركت فى أيدى القطاع الخاص ، بعد إعادة هيكلتها قانونياً واجتماعياً وتنظيمياً من خلال مرحلتى الإصلاح الزراعى (١٩٥٢ و ١٩٦١) فإنه من الثابت أن الأنشطة الزراعية تم التحكم فيها بشدة من خلال احتكار الحكومة لعملية توريد المدخلات الرئيسية لهذه الأنشطة . وفرض عضوية الجمعيات الزراعية التعاونية والتسليم الإجبارى للمحاصيل ، والتسعير المركزى للحاصلات الرئيسية . والحقيقة أن هذه الإجراءات مثلت أيضا القنوات التى تم من خلالها امتصاص الفائض الزراعى وتحويله لتمويل التوسع فى قطاعى الصناعة والخدمات . وهكذا استمر الفقر عبئاً ينوء به غالبية سكان الريف على الرغم من تنفيذ خطط للتنمية لم تغفل – فى إطارها النظرى على الأقل – التأكيد على توازن النمو بين الريف والحضر .

أدى هذا الانحياز ضد الزراعة ، فضلاً عن سياسة التحرير التى بدأت مع سياسة الانفتاح فى منتصف السبعينيات ، إلى تغيرات كبيرة فى الأهمية النسبية لمصادر الدخل ، ونمط الحياة فى المناطق الريفية .

وقد أوضح المسح الذى نفذته منظمة العمل الدولية عام ١٩٧٧ عن التوظف فى الريف أن الأنشطة غير الزراعية كانت تستوعب ما يقرب من نصف العاملين بأجر من سكان الريف المصرى . كما كانت مصدراً لما يزيد عن نصف الدخل النقدى لهؤلاء

السكان . فضلاً عن أن العمل خارج القرية ، ربما فى المدن المجاورة مع العودة للمبيت فى القرية ، كان يمثل جزءاً رئيسياً من العمالة غير الزراعية فى الريف . وقد انعكس ذلك فى تنوع مصادر الدخل لمعظم سكان الريف . وهكذا أصبحت تحويلات العاملين خارج القرية - فيما بين منتصف السبعينيات ومنتصف الثمانينات - مصدراً رئيسياً لدخل الأسر الريفية سواء أكانت حائزة أم غير حائزة لأرض زراعية . وقد اتجهت هذه التحويلات إلى الانخفاض منذ بداية التسعينيات بسبب حرب الخليج الثانية من جهة ، والبطالة المتزايدة فى المناطق الحضرية من جهة أخرى ، ومع ذلك استمر تزايد الدخول فى المناطق الريفية نتيجة لسياسات التحرير التى طبقت على القطاع الزراعى من خلال تنفيذ برامج الإصلاح الاقتصادى والتكيف الهيكلى منذ عام ١٩٩١ (١) .

بيد أن زيادات الدخل فى الريف ، سواء أكان مصدرها تحويلات العاملين أو سياسات التحرير ، لم تكن لها فعالية واضحة فى التخفيف من وطأة الفقر فى المناطق الريفية على الرغم من انخفاض نسبة سكان الريف الواقعين تحت خط الفقر . ويفسر هذا التناقض بعوامل كثيرة نذكر منها ما يلى :

- إن زيادة الدخل فى المناطق الريفية لم يواكبها تحسن فى القدرات البشرية ذات المستوى المنخفض نسبياً فى المناطق الريفية ، وهكذا فإن فقر القدرات (خاصة فى الصحة والتعليم والثقافة والمشاركة فى تنمية المجتمع) لم يقلص فقط من فرص ترجمة زيادات الدخل إلى قوة محركة للتنمية المتواصلة وإنما أدى أيضا إلى حدوث تحولات هامة فى أنماط الاستهلاك بالمناطق الريفية ، فمثلاً حدث توسع كبير فى ملكية أجهزة التليفزيون ، والفيديو فى القرية المصرية ، مما كان له أثر سلبى بعيد المدى على عادات العمل وأنماط الحياة بين الفلاحين المصريين كالسهر وتعاطى المخدرات خاصة الحشيش ، فضلاً عن أن التحول فى أنماط الاستهلاك بالمناطق الريفية أصبح عاملاً رئيسياً لرفع تكاليف المعيشة فى هذه المناطق .

- تم استخدام جزء مهم من زيادة الدخل فى المناطق الريفية فى بناء منازل على أراضٍ

(١) معهد التخطيط القومى ، تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٣ ، القاهرة ، ص ٤٨ .

زراعية ، مما أسهم فى تناقص أهم الأصول الإنتاجية بالمناطق الريفية .

- كما كانت صعوبات الوصول إلى التسهيلات الائتمانية ، فضلاً عن عدم كفايتها ، ونقص المساعدات الفنية ، عوامل مثبطة لهمة أولئك الذين حاولوا استثمار جزء من زيادة دخولهم فى مشروعات إنتاجية .

- إن تحرير أسعار المدخلات والمخرجات الزراعية قد انصرفت معظم آثاره الإيجابية إلى قلة ميسورة الحال بين السكان الريفيين ، فاستأثروا بنصيب الأسد من زيادات الدخل فى الريف ، ويرجع ذلك بصفة أساسية إلى ضعف قدرات التسوق والتسويق لدى غالبية سكان الريف .

وعلاوة على ذلك ، فإن انحياز سياسات التنمية للصناعة ، وللمناطق الحضرية ، لعب دوراً هاماً فى الحد من الطاقة الاستيعابية للمناطق الزراعية والريفية . وقد وضح هذا الانحياز فى توزيع المرافق الأساسية (خاصة مياه الشرب ، والكهرباء ، ووسائل الاتصال) وخدمات البنية الأساسية كالطرق ، والكبارى ، ووسائل النقل .

فعلى سبيل المثال ، بلغ ما خصص للقطاع الزراعى ٧٪ بالكاد من إجمالى الاستثمارات المنفذة خلال فترة الخطتين الخمسيتين (١٩٨٢ / ٨٣ - ١٩٨٦ / ٨٧) و (١٩٨٧ / ٨٨ - ١٩٩١ / ٩٢) كذلك لم يتجاوز نصيب هذا القطاع ٨,٥٪ من إجمالى الائتمان المصرفى خلال نفس الفترة [١] .

أما بالنسبة للفقر فى الحضر فيصعب تقييم أحوال الفقر فى حضر مصر على أساس واقعى ، ولنأخذ على سبيل المثال ذلك العدد المتزايد من خريجى الجامعة المتعطلين فى المناطق الحضرية ، فنجد أنهم فقراء فقراً مدقعاً من حيث الدخل ولكنهم أغنياء نسبياً من حيث القدرات . بل إن أعداداً كبيرة من هذه الفئة لا يشملها تقرير معدل حالات فقر الدخل لأنها تستمر فى العيش داخل أسرها التى تتمتع بدخول فوق خط الفقر مطلقاً كان أم نسبياً ، وأكثر من ذلك فإن عدداً كبيراً من الموظفين - خاصة فى الإدارات

(١) معهد التخطيط القومى ، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٣ ، القاهرة ، ص ٦٠ .

الحكومية - لهم مظهر ، ونمط حياة الناس الموسرين ، بينما هم ينتمون بالفعل إلى تلك الجماعات التى تعانى فقر الدخل ، وإن كانوا يرفضون الاعتراف بذلك . وعلى النقيض من ذلك هناك الكثير من الناس فى المناطق الحضرية تفوق مواردهم خط الفقر المطلق أو النسبى ، على الرغم من أن مظهرهم ونمط حياتهم ينطقان بالفقر . وينتشر مثل هؤلاء بين الحرفيين وتجار التجزئة والعاملين فى مهن غير محددة فى كثير من الإدارات وقطاعات الأعمال ومع ذلك فإن فقر القدرات ينتشر بين هذه الجماعات (١) .

إن دراسة الفقر فى المناطق الحضرية بحكم خصائصها الاقتصادية والاجتماعية وطبيعة المشاكل التى تواجه سكانها فى حياتهم اليومية ، يجب أن تركز على مسائل البقاء والأمن واحترام الذات باعتبارها أهم ثلاثة أبعاد لظاهرة الفقر فى هذه المناطق .

وتتمثل الجماعات الفقيرة فقراً مدقعاً فى أولئك الذين لا منفذ لهم سوى إلى فرص الكسب غير النظامية ، أو إلى أعمال عرضية ومؤقتة ، ومن ثم فإن هناك حاجة ملحة إلى متابعة العمليات الأولية لتوليد الدخل من خلال مهن وأعمال الاقتصاد غير المنظم حتى يمكن التعرف على الجماعات الرئيسة من الفقراء ، والفقراء المدقعين فى المناطق الحضرية بمصر (٢) .

وإذا كان الفقر يعد دافعاً رئيسياً نحو توجه الشباب إلى المخدرات ، كوسيلة يطرحها البعض لعلاج أوضاعه الاجتماعية المتردية بالانفصال عن الواقع ، وباعتبارها حلا فرديا فى غياب الحلول الجماعية لمشكلة الفقر بوجه عام ، إذا كان الأمر كذلك فإن البطالة لا تقل أهمية فى تأثيرها على زيادة معدلات التعاطى بين الشباب إلى الدرجة التى يمكن القول معها أن استمرار الفقر والبطالة ، يعنى استمرارا مقابلا وتفاقما واضحا فى مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات . حيث يسهم الفقر من ناحية والبطالة من ناحية أخرى فى خلق المناخ الملائم والملاذ الفردى للهروب من المشكلات الاجتماعية الناجمة عن تدنى الأوضاع المعيشية ، والعجز عن تحقيق الطموحات المختلفة ، بل واحتياجات الحياة الأساسية كالعمل والزواج .

(١) تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٣ ، مرجع سابق ، ص ٤٩ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٥٠ .

ثانياً : البطالة :

مع تزايد البطالة فى المناطق الحضرية ، شهدت السنوات الأخيرة ظهور تفاوتات اجتماعية واقتصادية متنوعة ، فالارتفاع الحاد فى البطالة بين الشباب يؤدى إلى تزايد مخاطر انعدام التوازنات الاجتماعية ، ويسهم فى زعزعة الاستقرار السياسى والاجتماعى . وتدفع هذه البطالة غالبية الذين لا سبيل لهم إلى فرصة عمل فى الاقتصاد المنظم إلى العمل فى أنشطة القاع بالاقتصاد غير المنظم ، وغالباً ما يكون ذلك فى أعمال غير مستقرة ومنخفضة الدخل .

وتوضح بيانات البطالة ، على نحو ما سجلته سلسلة المسح السنوى لقوة العمل بالعينة ، حجم هذه المشكلة ودرجة حدتها فى المناطق الحضرية ، وينبغى تفسير النسب التى تشتق من هذه السلسلة فى ضوء درجة تمثيل العينات التى تم الرجوع إليها فى هذه المسوح وتوضيح البيانات المستقاة من هذه السلسلة أن فترات البطالة كانت طويلة بالنسبة للكثيرين . وفيما يتعلق بمستوى البطالة الجزئية ، فإن ٧,٣٪ من الذكو و١٣,٦٪ من الإناث كانوا يعملون أقل من ٣٥ ساعة فى الأسبوع ومعظم هؤلاء الذكور والإناث قد ارتبطوا بأنشطة القاع فى الاقتصاد وغير المنظم وهو ما يبين حجم التباطؤ فى سوء العمالة العرضية .

ومن خلال اقتسام الأعمال وتقليل ساعات العمل تتحمل العمالة العرضية ، والعمالة لبعض الوقت فى الاقتصاد غير المنظم بالعبء الأكبر لتغيرات التكيف التى تصاحب تقلبات مستويات النشاط الاقتصادى كلما دخل الاقتصاد المصرى فى مرحلة الانكماش . وبالتالى فإن أنشطة القطاع غير المنظم تلعب دوراً أساسياً فى تكيف سوق العمل - فى الأجل القصير - مع الصدمات الاقتصادية الداخلية والخارجية [١] .

وفى دراسة عن البطالة وإعادة التأهيل وفرص تشغيل الشباب للدكتور إبراهيم العيسوى أوضح أن لمشكلة البطالة التى يواجهها المجتمع المصرى فى السنوات الأخيرة مصدرين :

---

(١) معهد التخطيط القومى ، تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٦ ، القاهرة ، ص ٥١ .

الأول : هو ضيق القاعدة الإنتاجية وضعف أدائها ، ومن ثم محدودية قدرتها على توليد فرص عمل كافية ، أى متلائمة مع الزيادة فى عرض العمل .

وهذه هى معضلة التخلف أو تحدى التنمية ، أى الجانب المزمن والأطول أجلاً لمشكلة البطالة ، والبطالة المرتبطة بهذا المصدر نوعان :

بطالة تامة وبطالة ناقصة (أو نقص التشغيل بما فيه الصور المختلفة للبطالة المقنعة) .

الثانى : هو حالة الركود التى تعرض لها الاقتصاد المصرى منذ منتصف الثمانينيات ، والتى بدأ برنامج التثبيت الاقتصادى والتكيف الهيكلى منذ عام ١٩٩١ فى إصلاح بعض مظاهرها المالية والنقدية بطريقة انكماشية . فازدادت حدة الركود فى الاقتصاد العينى برغم تحسن الأداء المالى والنقدى . ولم تنجح محاولات إنعاش النمو الاقتصادى فى النصف الثانى من التسعينيات ، كما تضافرت بعض العوامل الخارجية لتزيد من حدة الركود منذ أواخر ١٩٩٩ حتى الآن . وهذه هى أزمة الركود ونقص السيولة التى تمثل الجانب الطارئ والأقصر أجلاً لمشكلة البطالة (١) .

وطالب الباحث فى نهاية الدراسة بـ :

- تخفيف الجرعة الانكماشية القائمة بما يعنى أن نتبع سياسة توسعية جادة وآمنة .
- عدم تضخيم الأمانى بتحقيق معدلات نمو لا تتماشى مع الظروف الراهنة للاقتصاد المصرى .
- لا ينبغى الاستمرار فى إهمال التعليم الفنى ، وإمكانيات التطوير مازالت قائمة على أسس وفكر جديد .
- إعادة تقييم أداء كافة مؤسسات ومراكز التدريب لتوفير المهارات المطلوبة لكافة القطاعات فى الاقتصاد المصرى والتعامل مع معطيات الاقتصاد الجديد .
- مجال المعلومات والاتصالات يعتبر أحد المجالات الهامة التى يجب تكثيف كافة

(١) إبراهيم العيسوى ، البطالة وإعادة التأهيل وفرص تشغيل الشباب ، رؤية مستقبلية ، معهد التخطيط القومى ، أعمال ندوة تنمية مصر ، يوليو ٢٠٠٠ ، ص ١٧٥ .

الجهود حوله لاستيعاب أعداد أكبر لفرص عمل أمام الشباب .

- لا يجب أن ينصرف الاختيار التكنولوجى للمشروعات إلى أحدث ما فى العصر قدر ما يتجه إلى التنوع فى هذا الاختيار لتعدد وتفاوت مستويات المهارة المتاحة لدى الاقتصاد المصرى من القوى العاملة [١] .

والبطالة فى الدول النامية مرجعها إلى النمو السكانى المرتفع ، وقصور النمو الاقتصادى عن ملاحقة النمو السكانى ، وعجز المدخرات المحلية عن تمويل الاستثمارات اللازمة لخلق فرص العمل وتراجع الاستثمارات الأجنبية عن المشاركة .

إن توفير فرص العمل بالقدر الكافى يتوقف بالدرجة الأولى على توفير القدر الكافى من الاستثمارات التى تمكن من استيعاب حجم وهيكل العمالة الجديدة [٢] .

ومن ثم فإن علاج مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ، تكمن فى الجذور الاقتصادية للمجتمع المصرى ، إذ يحتاج الأمر إلى إصلاح سوق الاستثمار ورفع الطاقات الإنتاجية ، ومن ثم إصلاح سوق العمالة وزيادة قدرته على استيعاب كل من هم فى سن العمل ، وهو الوضع الذى يمكن من خلق تحسن فى مستويات معيشة الأفراد ، وبناء عليه يصبح بالإمكان علاج الكثير من المشكلات الاجتماعية التى نعانى منها الآن ، حيث ينخفض تلقائياً مؤشر التعاطى بين الشباب خاصة طالما يرتفع بالمقابل مؤشر الرعاية لهذه الفئة العمرية .

وقد أظهرت إحدى الدراسات الميدانية أن تأخر سن الزواج نتيجة للبطالة ، يترتب عليه مشكلات وأضرار كثيرة ، لعل من أهمها انتشار تعاطى المخدرات ، حيث يؤكد الباحث أن من أهم أشكال الانحراف التى يمكن أن تدفع إليها البطالة ، السرقة ، تعاطى الخمور ، تعاطى المخدرات بكافة أشكالها ، الاغتصاب ، تطرف السلوك الدينى ، التطرف

(١) المرجع السابق ، ص ٢١٤ .
(٢) سلوى على سليمان ، البطالة فى مصر وقضية التنمية ، المؤتمر الأول لقسم الاقتصاد ، كلية الخدمة الاجتماعية ، الفيوم ١٩٨٩ ، ص ١٢ .

السياسى ، الانحرافات الجنسية ، لعب القمار ، ممارسة الرذيلة ، الابتعاد عن العبادات الدينية .

ومن هنا يمكن اعتبار أن واحدا من الأسباب المهمة الدافعة نحو التعاطى هو البطالة ، ذلك أن الفراغ والإحساس النفسى بالإحباط ، الناجم عن نقص المال ومن ثم نقص الاحتياجات الأساسية ، يدفع الفرد نحو علاج أزمته ببديل أخر يكون قادراً على ملء الفراغ اليومى ، وذوبان الإحساس بالملل ، فضلاً عن التخلص من حالة اليأس والإحباط ، فبالتعاطى يمكن أن ينسحب من الواقع المؤلم إلى واقع الخيال الذى يحفل بكثير من الأحلام والأمنيات ، غير أن المتعاطى فى الحقيقة ينتقل إلى واقع أسود ، إذ يصبح فريسة للإدمان .

ويعتبر تعاطى الشباب للمخدرات ، نتيجة وليست سببا لظواهر ومشكلات عديدة لعل أغلبها يعود إلى مشكلة البطالة وتأخر سن الزواج ، حيث ترى إحدى الدراسات(١) حول مشكلة البطالة أن المتعطل يحدث مشكلات ذات طبيعة نفسية واجتماعية ، مثل الشعور بالقلق والعصبية ، الشعور بالضياع النفسى ، الشعور بالعزلة والاكتئاب ، الشعور بالدونية ، فقدان الثقة بالنفس الشعور بالتشاؤم الشعور بالشك فى المعتقدات الدينية ، السخط على المجتمع ، الميل نحو اعتزال الناس ، التطرف الدينى .

وفى ضوء ذلك فإن معاناة الشباب من البطالة ، ربما تدفعه إلى طريق لا يقل ضرراً عن هذه المشكلات النفسية والاجتماعية ، حيث تصبح البطالة فى هذه الحالة مدعاة للتعاطى ، باعتباره الحل السلبى الذى يفضله البعض من الشباب فى مواجهة مشكلة التعطل وتأخر سن الزواج .

---

(١) عبد الرؤوف الضبع ، البطالة ومشكلات الشباب فى دراسة المشكلات الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٩٣ ، ص ٣٢٧ - ٣٢٨ .

المبحث الثانى
الدوافع الاجتماعية

إن البحث فى تأثير الدوافع الاجتماعية يقتضى ضرورة التركيز على آراء علماء الاجتماع الذين تناولوا تلك القضية بالتحليل والتفسير ، وذلك من خلال استعراض توجهاتهم النظرية من ناحية والدراسات والبحوث التى عالجت مشكلة المخدرات من ناحية أخرى .

وقد أكد عدد كبير من الباحثين وجود ظروف مجتمعية مساعدة ودافعة للشباب نحو تعاطى وإدمان المخدرات .. أهمها :

أولاً : العشوائيات :

أكدت كثير من البحوث الاجتماعية أن المناطق العشوائية تتأثر بالنصيب الأكبر من جرائم الانحراف خاصة جرائم السرقات والجرائم ذات الصلة بالمخدرات .

فقد شهد العقد الأخير مولد الكثير من التجمعات السكنية العشوائية فى الضواحى ومن أبرزها ظهور أحياء جديدة مثل المنيرة الغربية فى الجيزة ومنشية ناصر بالقاهرة ، وسكان هذه الأحياء من أفقر الفقراء فى القاهرة الكبرى . ويعمل العدد الأكبر من أرباب الأسر التى تقطن هذه الأحياء فى أدنى المهن التى يشملها القطاع غير المنظم مثل كنس الشوارع ، وبيع بعض السلع البسيطة على الأرصفة ، وأعمال البناء ، والأعمال غير الماهرة فى المصانع .

وتدعونا هذه الخلفية إلى النظر إلى التجمعات السكنية العشوائية فى القاهرة الكبرى – على سبيل المثال – باعتبارها أحزمة للفقر نشأت فى ضواحى المدن ، مما يدعم الفكرة القائلة بأن " تفكك التنظيم الاجتماعى " هو أهم ما يجعل مجتمعات الضواحى تختلف عن مجتمعات القرى والمدن . فمجتمع الضواحى هو مجتمع يمر بعملية التحول ، فهو مجتمع فى طور التكوين . والواقع أن استقرار عدد كبير من الفقراء (سواء أكانوا مهاجرين من الريف أم لا) فى تجمعات سكنية عشوائية على أطراف العاصمة يؤدى إلى

إحداث تفكك مادى واجتماعى فى الأحياء القديمة ، فضلاً عن التدهور فى البيئة العامة للمدينة .

ويلاحظ فى بيانات مناطق الإسكان العشوائية فى المحافظات المختلفة ، أن أعلى معدل لانتشار الإسكان العشوائى يوجد فى محافظات أسيوط ودمياط وأسوان وسوهاج والجيزة ، إذ تتراوح نسبة الذين يعيشون فى المجتمعات العشوائية إلى إجمالى السكان من ٦٣,٢٪ فى أسيوط إلى ٥٠٪ فى الجيزة ، وعلى الرغم من أن محافظة القاهرة تأتى فى الترتيب السابع عشر طبقاً لهذه النسبة إلا أنها تأتى فى الترتيب الرابع طبقاً للعدد الكلى للمناطق العشوائية البالغ عددها ٧٩ منطقة والأولى طبقاً لعدد المناطق التى ينبغى إزالتها كلياً وعددها ١٢ منطقة .

ومن الجدير بالملاحظة أن عدد المناطق العشوائية التى اعتبرتها الحكومة قابلة للتطوير بلغ ١١٤٠ منطقة عشوائية (من إجمالى عدد هذه المناطق الذى يبلغ ١١٧٢) ليس من بينها سوى ٩١ حالة إزالة جزئية ، مما يعنى أن ٩٧,٣٪ من المناطق العشوائية فى مصر سوف تدخل ضمن التنظيم وتقنن أوضاعها كمناطق سكنية (١) .

وعلى الرغم مما ينطوى عليه ذلك من جوانب إيجابية ، وجهد محمود للحكومة ، إلا أنه لا يخلو من دلالات سلبية . أهمها ما يلى :

- إن هناك قصورا فى عرض وحدات الإسكان الشعبى والاقتصادى ، فضلاً عن عدم اهتمام سياسة الإسكان بفرص وصول الفقراء إلى الاستفادة منها ، مما دفع هؤلاء الفقراء - بدورهم - إلى إهمال قواعد وإجراءات تخطيط وتنظيم بناء المساكن .

- إن ذلك يفتح مجالاً واسعاً لمزيد من المناطق العشوائية فى المستقبل طالما أنها ستقنن وتدخل التنظيم فى النهاية .

- إن العدد الكبير لمناطق الإسكان العشوائية ، وتجمعات الإقامة العشوائية ، سواء أكانت قابلة للتطوير أم لا ، يشير إلى أن معظم وحدات الإدارة المحلية كانت غير فاعلة

(١) المرجع السابق ، ص ٥٢ .

سواء فى الاستجابة لحاجة الناس الملحة للمسكن ، وطلبهم عليه ، أو فى إقناع الكثير منهم باحترام قوانين وإجراءات تخطيط وتنظيم بناء المساكن .

ومعظم هذه المناطق العشوائية الحضرية غير قانونية ، وتقع خارج إطار تخطيط المدن وتنظيمها . وترتب على ذلك عدم وجود عناوين رسمية لها تستوى فى ذلك الأرض والمساكن ، ومن ثم لا يمكن استخدام أراضى ومبانى هذه المناطق كضمانات عند الحاجة إلى الاقتراض ، وذلك ما يضع قيداً على التوسع فى مشروعات الأعمال الصغيرة التى قد توجد فى هذه المناطق .

ويوضح المسح الديموجرافى والصحى لعام ١٩٩٥ أن متوسط عدد الأشخاص فى الغرفة الواحدة قد بلغ ٢,٥ فى المناطق الحضرية ، وأن نسبة ٤٨٪ من الأسر فى هذه المناطق تعانى من فقر الإمكانيات الصحية بدورات المياه .

وألقت نتائج مسح حزمة المؤشرات المتعددة ، الذى قام بها مركز البحوث الاجتماعية بالجامعة الأمريكية بالقاهرة عام ١٩٩٦ ، مزيداً من التوضيح للخلفية المفرغة التى تربط ما بين الفقر ومناطق الإسكان العشوائية ، وانخفاض مستوى التعليم بهذه المناطق . فيوضح هذا المسح بالعينة ما يلى [١] :

- إن أقل فرص الاستمرار فى التعليم توجد بين تلاميذ التعليم الابتدائى مجتمعات الإسكان العشوائى .

- إن ما يقرب من ١٤٪ من بنات الفئة العمرية (٦- ١٤ سنه) فى مجتمعات المناطق العشوائية لم يدخلوا مدارس على الإطلاق ، بينما يبلغ متوسط هذه النسبة ٩٪ من كل المناطق الحضرية .

- إن نسبة تسرب الأطفال من التعليم تبلغ عند نهاية السنة الخامسة (-١٠٪) من المقيدين بالتعليم الابتدائى فى المناطق العشوائية .

- إن ٢٠٪ من أولاد الفئة العمرية (٦-١٤ سنه) فى مجتمعات المناطق العشوائية لم

(١) المرجع السابق ، ص ٥٣ .

يدخلوا مدارس على الإطلاق (مقابل ١٤٪ للبنات كما ذكر آنفاً) .

وقد قفزت مشكلة الإسكان العشوائى إلى قمة اهتمامات الحكومة فى عام ١٩٩٣ ، حيث تم التعرف على المناطق العشوائية وتصنيفها إلى مناطق قابلة للتطوير مع أو بدون إزالات جزئية ، مناطق يجب إزالتها كلية . وقد خصصت اعتمادات ضخمة لهذا الغرض [١] .

وقد جاء ذلك نتيجة لتدنى الخصائص السكانية لقاطنى هذه المناطق من تعليم وثقافة وصحة ومشاركة ، وانتشار الأطفال العاملين بها بعد أن تسربوا من التعليم وأصبحت هذه المناطق بؤراً للخارجين عن القانون ، ولمروجى ومتعاطى المخدرات ، والهاربين من الأحكام .

ثانياً : انخفاض مستوى المشاركة السياسية :

لا شك أن المشاركة السياسية للشباب أمر من الأمور المهمة التى تنمى قدراتهم وتصقل شخصياتهم وتشغل أوقات فراغهم وتبعدهم عن تيار أصدقاء السوء وطريق اللهو والرذيلة والتردى فى بؤر التعاطى والإدمان .

ولأن الأحزاب السياسية هى الإطار المؤسسى الذى يجسد جوهر الديمقراطية فى طابعها النيابى وتمثيلها للمصالح الاجتماعية المتعددة ، وهى حين لا تكون فى السلطة تعد جزءاً أساسياً ومكوناً رئيسياً من مكونات المجتمع المدنى .

ويمكن التأكيد بوجود مجموعة من العوامل المعاكسة التى صاحبت ، وما تزال تصاحب العمل الحزبى والحياة الحزبية فى مصر منذ بدايتها ، منها ما يتصل بحرية تأسيس الأحزاب وتكوينها ، ومنها ما يتعلق بوظائف الأحزاب ذاتها ، ويمكن القول أن قيوداً عديدة قد فرضت على الجانبين معاً ، وبالتالى فإن هذه القيود تحد من هامش الحرية المتاح أمام الأحزاب ودورها فى الحياة الاجتماعية والسياسية . ومع ذلك يمكن القول أنه يوجد فى مصر ما لا يقل عن ١٥ حزباً خاضت انتخابات مجلس الشعب عام ٢٠٠٠ ، وقد بلغ

(١) المرجع السابق ، ص ٥٤ .

عدد المرشحين نحو أربعة آلاف تقدموا للترشيح تحت مظلة هذه الأحزاب ، نجح منهم نحو ٢٤٢ عضواً بنسب متفاوتة لهذه الأحزاب . وعلى الجانب الآخر فإن جانباً كبيراً من العثرات والسلبيات والعجز الذى يعترى الحياة الحزبية فى مصر ، يرجع إلى البنية الداخلية للأحزاب وضعف قدرتها الذاتية على ممارسة الديمقراطية . فهذه البنى لا تنهض فى الغالب على أسس ديمقراطية فى التشكيل أو القرارات ، وقد انعكس كل هذا سلباً على نظرة الرأى العام وتقييمه للحياة الحزبية فى مجملها . ورغم ذلك فإن المناخ والممارسة الحزبية فى مصر أمامها مجال متسع لم يكن متاحاً لها من قبل خلال عدة عقود سابقة .

وقد عكست الأرقام والنسب تدنى المشاركة السياسية فى انتخابات مجلس الشعب ٢٠٠٠ حيث بلغت نسبة المرشحين نحو ٠,٠١٦٪ من جملة الناخبين ، ومن هؤلاء المرشحين نحو ٣,١٪ من الإناث . وكانت ظاهرة العزوف عن المشاركة أكثر وضوحاً فى عملية التصويت حيث بلغت نسبة المشاركين نحو ٢٤,١٪ على مستوى الجمهورية ، وكانت نسبة المشاركة فى بعض المحافظات متدنية للغاية حيث بلغت ٧,٤٪ فى محافظة الإسكندرية والقاهرة ١٢,٦٪ والسويس ١٧,٩٪ . وهى مؤشرات جديرة بالملاحظة والدراسة . وفى انتخابات المجالس الشعبية المحلية (أبريل ٢٠٠٢) بلغت نسبة المشاركة ٤٢,٤٪ على مستوى الجمهورية ، وفى القاهرة ١٣,٢٪ والسويس ١٥,٦٪ والإسكندرية ٢٠,٣٪ (١) .

وقد تكمن بعض أسباب العزوف عن المشاركة السياسية فى أن الأحزاب السياسية لا تعمل بطريقة ديمقراطية داخل الأحزاب نفسها . ولا تتمتع بدعم شعبى قوى ، بالإضافة لذلك ، فالإشراف السياسى ضعيف والتقاليد السائدة فى المجتمع لا تبدو أنها تعتقد فى أهمية المشاركة السياسية ، وأكثر من ذلك فإن البيروقراطية والعوائق والمحاذير القانونية تجعل من الصعب على الناس أن يكون لهم دور ملموس فى الانتخابات (٢) ، وهو ما

(١) تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٣ ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩ .
(٢) المرجع السابق ، ص ٣ .

يعكس وجود العدد الكبير من الشباب على المقاهى فى أغلب المناطق لساعات طويلة دون جهد أو عمل مفيد . مما يعرض الكثير منهم للانزلاق والتردى فى بؤر التعاطى والإدمان .

كما ناقش علماء الاجتماع باستفاضة أثر العوامل الاجتماعية على كافة أنماط السلوك الإنسانى ، وذهبوا إلى أن مشكلة المخدرات فى أى مجتمع هى نتاج لثقافته وبنائه الاجتماعى ، حيث يركز أصحاب النظرية الوظيفية على الضغوط والتباينات والتناقضات Contradictions فى النظام الاجتماعى Social System ، ويرى روبرتسون أن المخدر قد يكون وظيفياً ، حيث يسهم فى خلق تنظيم اجتماعى . Social Organization وداخل الثقافات الفرعية ، فإن لديه طقوساً ورموزاً تؤدى إلى وظيفة التماسك الاجتماعى للأعضاء (1) .

ويمكن أن نستنتج من ذلك أن المدرسة الوظيفية تعتبر تعاطى المخدرات هو أحد نتائج الخلل الاجتماعى وسوء التنظيم الاجتماعى ، وفى ضوء الوظيفة التى تشكل جوهر اهتمام هذه النظرية ، فإن التركيز هنا على الجوانب الإيجابية حيث يسهم تعاطى المخدرات فى تكوين جماعات فرعية متماسكة ، تجمعها خاصية مشتركة وهى التعاطى والاستمتاع بوقت الفراغ .

كذلك أشارت النواحى الوظيفية إلى الجوانب السلبية فى تعاطى المخدرات ، حيث يؤكد أصحابها أن هناك مخدرات معينة متفق عليها اجتماعياً ، تلك التى تستخدم بطريقة وظيفية مثل الحشيش ، فى حين أن استخدام مخدرات تبديل المزاج يكون غير وظيفى وتشمل الهيروين والكوكايين التى تهدد النظام الاجتماعى ، لأن هذه المخدرات تستخدم بواسطة جماعات يعتقدون أو يؤمنون برفض ومقاومة القيم فى المجتمع التى تواجه الأغلبية بالسخط الأخلاقى Moral Indignation وتتصوره تهديداً للاستقرار الاجتماعى (2) .

وفيما يتعلق بأصحاب نظرية الصراع Conflict Theory فقد افترض كريس

---

(1) Robertson , Social Problems " New York , Ramgom Honse ," P. P 121 .
(2) Mc Dowel " Social Problems " New York , John Wiby , 1986 , P. P 24 .

وكليمان أن مستخدمى المخدرات من الهاربين أو المنسحبين ، وأن سبب ذلك يعود إلى مشكلات اجتماعية مرتبطة بالاستغلال وعدم العدالة الاجتماعية . ويرون أن أى محاولة لقمع استخدام المخدر يخلق مشكلات ثانوية مثل الجريمة غير المنتظمة وصراع لا معنى له مع النظام القانونى (1) .

مما سبق يتضح أن الرؤية الوظيفية فى تفسير إساءة استخدام المخدرات يعود إلى التفكك الاجتماعى والتغيرات السريعة الفجائية ، التى يتحلل معها بعض قواعد السلوك الاجتماعى . وتنخفض معها قدرة المؤسسات الاجتماعية المختلفة على السيطرة والضبط الاجتماعى ، أما أصحاب نظرية الصراع فيرون أن الفقر والاستغلال والقهر وعدم العدالة، جميعها أسباب للدخول فى دائرة التعاطى ، والذى يعتبره البعض من أصحاب هذه النظرية انسحابا من الواقع .

وعلى أية حال فقد حدد علماء الاجتماع مجموعة أخرى من العوامل تكاد تمثل مجمل الأسباب الاجتماعية الدافعة للتعاطى وهى الأوضاع الأسرية ، القدوة والمثل الأعلى، جماعة الأصدقاء ، توافر المخدر .

وسنتناول كل عامل من هذه العوامل بشىء من التفصيل :

ثالثاً : دوافع اجتماعية أخرى .

١ - الأوضاع الأسرية :

تلعب العلاقات الأسرية دوراً مهماً فى مشكلة تعاطى المخدرات . فلقد أكدت العديد من الدراسات أن التفكك الأسرى عادة ما يعد دافعاً قوياً ومباشراً للانحراف فالأسرة المنهارة تعد أحد أسباب تعاطى المخدرات ، وتكشف الدراسات عن وجود علاقات قوية بين استقرار العلاقات الأسرية وبين احتمال تعاطى الفرد للمخدرات ، فعندما تضطرب العلاقات بين الأبوين وتنهار فإن احتمال تعاطى الابن المخدرات يصبح قوياً ، وبصفة عامة

(1) Colemomamd And Cressey ; "Social Problems . " New York , Harperamd Row 1984 . P. P 87 .

فإن هناك علاقات قوية ذات دلالة لا يمكن إغفالها بين تعاطى المخدرات بين الأبناء وبين انفصال الأبوين أو غياب أحدهما أو كليهما سواء بسبب الطلاق أو بسبب الوفاة (١) .

فالأسرة هى حجر الزاوية للضبط الاجتماعى فى أى مجتمع ، وحينما لا تستطيع الأسرة إنجاز دورها بنجاح ، فإن العديد من أشكال انحطاط السلوك يصبح أمراً متوقعاً خاصة إدمان المخدرات .

ولقد كشفت العديد من الدراسات والبحوث عن ذلك بوضوح ، حيث أثار فريدمان عام ١٩٨٠ أن هناك علاقة بين إساءة استخدام المخدر والانفصال بين الآباء والأمهات(2) .

بينما أشار رولينز وهولدن أيضا أن الشباب الذين يعيشون فى أسر متصدعة ، يكونون أكثر استخداماً للمخدرات من هؤلاء الشباب الذين يعيشون فى أسر متكاملة ، كما أن الشباب الذين يعيشون مع الأم فقط يكون تكرارهم فى الاستخدام أعلى من هؤلاء الذين يعيشون مع الطرفين (3) .

وفى نفس الوقت تؤكد نظريات سيلدن فى عام ١٩٧٢ ، أنه حينما تكون صورة الأب مهتزة ، فالأم تتجه للسيطرة على حياة الأسرة . وعلى أية حال يكون عدم الاستقرار العاطفى والصراع هو نتيجة التناقض الوجدانى . وهذا الموقف يؤدى إلى خلق اتجاه سلبى أو اتجاه صبيانى لأطفال تلك الأسرة ، ويعتبر ذلك أحد الخصائص المشتركة للعديد من المدمنين (4) .

كذلك أشار رايد إلى أن افتقاد العلاقة التفاعلية بين الآباء والأمهات والأبناء ربما

(١) علياء شكرى وآخرون دراسة المشكلات الاجتماعية دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ١٩٩٣ ص ٣٣٨ .

(2) Friedman " The Structure and Problems of the Families of Adolescent Drug . Abusers " ; Contemporary Drug Problems , P. P 16 .

(3) Rollins ; " Adolescent Drug use and the Alienation Syndrome " ; Journal of Drug Education , vol. . 2 , 1972 . P. P 31.

(4) Seldin ; The Family of the Addict ; The International Journal of The Addictions , Vol. 7, 1972 . P. P 57 .

تكون سبباً لإساءة استخدام الشباب للمخدرات ، كما أن افتقاد تلك العلاقة تكون مفيدة فى التمييز بين المتعاطين وغير المتعاطين ، بينما يؤكد " نيتل " أن الشباب الذين لديهم آباء يعانون من ضعف القبول لدى أبنائهم ، يستخدمون المخدرات بدرجة أكبر من الشباب الآخرين الذين يحترمون آباءهم [1] .

بينما ذكر شيرر وموخيرجى عام ١٩٧١ ، أن استخدام المخدر بين الصغار ينظر إليه غالباً باعتباره وسيلة للمقاومة ضد السلطة الأبوية والمعايير الاجتماعية وأن العوامل المساهمة فى إساءة استخدام المخدر لا ترتبط فقط ببعض الاستعدادات السيكولوجية ، بل هى أيضا امتداد قوى مع البيئة الأبوية التى تخلق المتعاطى [2] .

مما سبق يتضح أن العلاقات الأسرية ، تعد دافعاً اجتماعياً قوياً ذا تأثير واضح على اندفاع الفرد نحو الإدمان . ويمكن أن نستنتج عدة متغيرات ذات تأثير على سلوك التعاطى لدى الشباب ، كما أشارت إليها الدراسات فى هذا السياق فقد ربطت بعض الدراسات بين التعاطى وبين التفكك الأسرى ، واهتزاز شخصية الأب ، وافتقاد العلاقة العاطفية بين الآباء والأمهات والأبناء ، ومقاومة السلطة الأبوية وسلطة المعايير الاجتماعية ، غير أن العلاقات الأسرية على هذا النحو ليست الدافع الوحيد للتعاطى بين الشباب حيث يوجد العديد من الدوافع الأخرى .

٢- القدوة والمثل الأعلى فى الأسرة :

بينت الدراسات أن القدوة والمثل الأعلى فى الأسرة التى نشأ فيها المتعاطى كانوا يتعاطون المخدرات ، والأغلبية الساحقة منهم كانوا يتعاطون على مرأى من أبنائهم دون الشعور بالخجل ، فضلا عن أن موقف التعاطى ينم عن التشجيع حيث كانوا يستخدمون أبناءهم فى تجهيز جلسة التعاطى ، وفى أحيان كثيرة يحدث التشجيع الضمنى أو الصريح حين يسمح للصغير بتجربة المخدر أمامهم ، وعلى الرغم من أهمية تأثير تعاطى الآباء ،

(1) The Affect Of Carrier And later Framsition Into Middle School On Students Psychosocial Adjustment And Drug Use , Journal Of Fshiction , vol. . 16 ,1986.

(2) Scherer , S. E , " Madera To Hard Drug Users Among College Students, British Journal of Addiction , Vol. 66 , 1971 . P. P 336 .

فإنه ليس العامل الوحيد المؤثر فى تعاطى الأبناء ، فتعاطى الأخوة الكبار فى الأسرة يعد عاملاً مهماً أيضا نحو تعاطيهم (1) .

ومن هنا فإن تعاطى الأب للمخدرات والأخوة الكبار ، يعنى ضمنا للصغير تصريحا بالتعاطى ، لكونه سلوكا اجتماعيا مقبولا داخل سياق هذه الأسرة ، ومن ثم فإن اندفاع هذا الصغير فى طريق الإدمان ، يصبح أمراً متوقعاً ، ما دام لا يواجه سلوكا عقابيا من أفراد الأسرة .

وبصفة عامة فإن وجود نموذج للتعاطى بين أفراد الأسرة ، له تأثير لا يمكن إغفاله فى تيسير تعلم الفرد لهذا السلوك ، وفى تبكير التعاطى ، ويعنى ذلك أن وجود النموذج يؤثر تأثيراً مزدوجاً إذ يصحبه أولاً احتمال أن يصبح الابن متعاطياً ويصحبه كذلك احتمال أن يبدأ التعاطى فى سن مبكر نسبياً بالنسبة للسن الذى يبدأ فيه متعاطون لم يشهدوا نموذجا للتعاطى فى أسرهم .

وتشير الدراسات الميدانية فى هذا المجال إلى العديد من النتائج المهمة منها ما يلى :

أ- ارتفاع نسبة التعاطى بين أبناء المتعاطين يعد نتيجة منطقية ، لما يمثله هؤلاء الآباء من نموذج يحتذى به الأبناء .

ب- يلعب الأب المتعاطى دوراً مهماً فى تعاطى الإناث للمخدرات ، فتمثيل دور الأب كنموذج للتعاطى كان دافعاً قوياً لتعاطى الابنة الأنثى أكثر منه للابن الذكر(2) .

٣ - جماعة الأصدقاء :

تشير كثير من البحوث الميدانية إلى أهمية الأقران والأصدقاء فى تحديد ما إذا كان المراهق سيقدم على تعاطى المواد النفسية أم لا ، ومن بين العوامل الفاعلة فى هذا الصدد كون هؤلاء الأقران والأصدقاء يتعاطون المخدر ، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى كونهم

(1) Abid . P.P 339 - 340 .
(2) Abid . P.P 339 - 340 .

يشجعون الشاب الذى لم يتعاط بعد على أن يقدم على التعاطى ويخوض التجربة (١) .

ومن هنا يلعب الرفاق والأصدقاء دوراً مهماً فى عملية تعاطى المخدرات . وتبرز تلك الأهمية إذا ما علمنا أن الموقف الاجتماعى ، الذى غالباً ما يحيط بأول مرة لممارسة التعاطى ، قد اتصف بأنه عادة ما يكون (جلسة أصحاب) فعضوية الفرد فى الجماعة تتيح له فرصة محاولة تجريب المخدر ، فضلا عن وجود متعاطين آخرين بالفعل داخل الجماعة يشجعونه ، وأحيانا ما يدفعونه إلى التعاطى ويصبح التعاطى فى حد ذاته مفتاح الاستمرار فى عضوية تلك الجماعة .

ويشير التراث العلمى بصفة عامة إلى وجود علاقة طردية قوية بين تعاطى الفرد وبين تعاطى أصدقائه ، وتتضح تلك العلاقة من خلال الحقائق التالية :

- إن تعاطى الأصدقاء كنموذج للتعاطى ، يمثل نوعاً من تقبل التعاطى فى حد ذاته كسلوك مشروع . والمشكلة تكمن فى أن التعاطى يرتبط بأفراد يكن لهم الشاب الاحترام والتقدير ، الأمر الذى يشجعهم على التعاطى .

- يلعب الأصدقاء دوراً مهماً سواء فى نقل معلومة عن المخدر أو رؤيته لأول مرة فالأصدقاء هم المصدر الأساسى للمعلومات المفصلة عن المخدر وأيضا عن كيفية تعاطيه بعد ذلك .

- تصبح جماعة الرفاق مهمة جداً عندما يتخذ الفرد قراره بتعاطى المخدر (٢) .

ويشير جلين **Glynn** إلى أنه فى كثير من جماعات الرفاق لا يعد تعاطى المخدر أمراً مقبولا فقط بل يصبح سلوكاً مطلوباً أيضاً . ومن ثم فإن شراء المخدر ربما يرتبط بغرض الحصول على قبول جماعة الأصدقاء . وعلى العكس فإن الشاب يستخدم المخدر لبناء جزء من هويته الشخصية ، الذى لا يسهل فقط قبوله فى جماعة أصدقائه ، بل فى الواقع تعطيه درجة معينة من المكانة بين الزملاء (3) .

---

(١) مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ،مرجع سبق ذكره ، ص٩٠ .

(٢) عدلى السمرى ، مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٩٣ ، ص ٣٤٠ - ٣٤١ .

(3) Glynn . T . J ; " From Family To Peer " . A review of Transitions Of Influence Among Drug Using Youth , Journal youth and Adolescence vol .13 ,1981 . p. p 83 .

مما سبق يتضح مدى تأثير جماعة الرفاق على تعاطى الشاب ، حيث يمكن أن نستنتج أن هناك علاقة بين التعاطى وجماعة الرفاق من عدة نواحٍ هى :

- إن هناك علاقة بين التعاطى وقبول الفرد بالجماعة .
- إن المعلومات الأولية حول المخدر يحصل عليها الفرد من جماعة الأصدقاء .
- إن محاكاة القدوة من الأصدقاء يعد سبباً ودافعاً قوياً للتعاطى .

٤ - توافر المخدر :

ما من شك أن توافر المخدر وانتشار تعاطيه بين نسبة كبيرة من الشباب ربما يجعل من إقبال الشاب على التعاطى أمراً متوقعا ، خاصة إذا كان من المدخنين

ولذا فإن البداية الحقيقية للإدمان قد تكون عن طريق تدخين السجائر مبكراً فضلاً عن توافر المخدر وسهولة الحصول عليه ، سواء عن طريق الأصدقاء المتعاطين أو من خلال انتشار الاتجار بالمخدرات داخل منطقة السكن .

فقد كشفت بعض الدراسات أن وجود المخدر وسهولة الحصول عليه يعد عاملاً مؤثراً فى تعاطى الشباب للمخدرات . فكلما كان المخدر متاحاً ولا توجد صعوبة فى الحصول عليه ، كان ذلك عاملاً ميسراً بل ومشجعاً أحياناً على تعاطى المخدرات كذلك أشارت هذه الدراسات أن معظم المتعاطين قد أكدوا أن المخدر بالنسبة لهم ، كان متاحاً ومن السهل الحصول عليه ، سواء أكان ذلك فى بيئتهم المباشرة ، حيث يقيمون أو حيث توجد مدارسهم أو مجال أعمالهم .

ففى البيئة المباشرة تلعب الأسرة دوراً مهماً فى وجود المخدر فى السنوات الأولى من حياة الفرد . فقد أظهرت الدراسات وجود نسبة لا يستهان بها من المتعاطين ذكرت أنهم قد رأوا المخدرات لأول مرة مع أحد أفراد الأسرة سواء أكان ذلك الأب أو أحد الأخوة ، أو ربما مع أحد الأقارب أو المعارف المترددين على منزل الأسرة ، فإن هذه الرؤية المباشرة للمخدر فى سنوات الطفل الأولى مع أحد الأقارب تخلق نوعا من الألفة والاعتياد لدى الطفل على رؤية المخدر ، الأمر الذى ييسر له بعد ذلك التعامل معه .

أما فى البيئة غير المباشرة وهى المدرسة أو محل العمل فيلعب الأصدقاء والزملاء دوراً مهماً فى وجود المخدر ، فزميل الدراسة أو العمل فى أحيان كثيرة يمثل المصدر الرئيسى للمعرفة عن المخدر والحصول عليه أيضا . وبصفة عامة فإن معظم الدراسات أوضحت أن الحصول على المخدرات بين المتعاطين امر ميسور ولا يسبب أية مشكلة لهم . فعادة ما يعرف المتعاطى كيف يصل إلى المخدر وممن يحصل عليه (1) .

مما سبق يتضح أن البيئات المختلفة التى يتعامل معها الشاب سواء أكانت الأسرة أم المدرسة أم العمل أم محل السكن ، يمكن أن تدفع الفرد نحو التعاطى ولا سيما إذا كان التعاطى أمراً مشروعاً ولا يلقى استهجاناً بين المجموعات الاجتماعية المكونة لهذه البيئات .

المبحث الثالث
الدوافع الشخصية

حددت العديد من الدراسات مختلف العوامل الشخصية والاجتماعية التى ترتبط بنمو الرغبة فى تعاطى المخدرات . فقد أكد سنجر (2) Singer أن هناك عوامل عديدة تدعو لانجذاب الأفراد للمخدرات . فهناك اعتقادات شائعة حول المخدرات تقول بأنها عبارة عن وسائل للهرب ، ووسائل للتمرد ضد العادات المتوارثة من الأجيال فضلاً عن حب الاستطلاع لصغار الشباب وتعد هذه أسباباً حقيقيةً ، ولكن الضغوط الاجتماعية تمثل هى الأخرى أهمية كبيرة . ففى الواقع ليس هناك سبب واحد لإساءة استخدام المخدر ، بل هناك عوامل متعددة Multi Factorial تتضمن تيارا معقدا Complicated Stream من العوامل النفسية والاجتماعية وهى على النحو التالى :

(1) Abid . P.P 343 - 344 .
(2) Singer . H ; " The School Counselor And The Drug Problem School vol. 19 , 1972 . P. P 233 .

أولاً : الهروب والتمرد :

يعد الهرب من الألم Pain والشعور بالعجز Inadequacy أسباباً قوية دافعة نحو التعاطى للمخدرات ، فالعديد من الأشخاص يستخدمون المخدرات للهروب من التوترات العديدة والقلق ، فتعاطى المخدر هو جزء من محاولة الفرد نحو إشباع احتياجاته والتعامل مع علاقات الصراع مع الآخرين فى أى بيئة اجتماعية يعيش فيها ، وعندئذ يمثل المخدر بالنسبة لعديد من الأفراد هروباً مؤقتاً من مشكلة ذات أهمية ، حيث أنهم فى الأصل يبحثون عن الهروب من تلك المشكلة . ولذا تعتبر المخدرات أحد وسائل الانسحاب من الواقع ، نظراً لعجز الفرد عن مواجهة مشكلاته الاجتماعية ، أما لقصور متعلق بشخصيته ، أو لتحديات مرتبطة بظروفه الاجتماعية والاقتصادية ، وفى كلتا الحالتين يفضل المتعاطى الهروب من حلبة الصراع ، ويترك الأمر برمته ، ومن ثم يتحول المتعاطى إلى مريض نفسى يستلزم العلاج ، لكونه أصبح يتميز باللامبالاة وعدم تقدير الأمور وهذا ما أثبتته دراسات عديدة .

كذلك أشارت دراسات أخرى ، مثل دراسة Forslund . H فورسلاند أن تعاطى المخدرات يعد أحد أشكال التمرد ضد العادات والقيم القائمة ، وهذا ما أكدته دراسات عديدة ، حيث أوضحت أن المتعاطين للمخدرات خاصة من الشباب فى أعمار مبكرة ربما يتعاطون المخدرات كرمز من رموز التحرر مما هو قائم [1] . غير أنه لا يمكن قبول ذات الافتراض القائل بأن الهروب والتمرد من أحد الأسباب الشخصية الدافعة نحو التعاطى ، ذلك لأن هناك العديد من الأفراد الذين يعانون من ظروف اجتماعية طاحنة، ومع ذلك لا يلجأون إلى التعاطى للهروب والتمرد على ما هم فيه من مشكلات ، ولذا فإن اعتبار هذا الافتراض صحيحاً يحتاج إلى مراجعة واختبار مدى صحته حتى على الأقل لمعرفة لماذا من هم فى ظروف مماثلة لا يتعاطون المخدرات تلك حقيقة لابد من التركيز عليها حيث تسهم فى الوصول إلى فهم أفضل وأكثر واقعية فى البحث عن أسباب اندفاع بعض الشباب نحو المخدرات .

---

(1) Forslund. H ; " Drug Use And Delinquent Behavior Of Small Town And Rural Youth " Journal Of Drug Addiction , Vol. 7 , 1978 . P. P 258 .

ثانياً : البحث عن السعادة :

إن البحث عن السعادة ، فضلاً عن الهروب من الملل Boredom واكتساب نمط مختلف من الوعى Awareness أحد الأسباب المهمة الدافعة نحو تعاطى المخدرات . فقد أشار دويك إلى أن هناك نوعين من المخدرات الأول المخدرات للسعادة ، والثانى المخدرات كسعادة .

وفيما يتعلق بالنمط الأول : فيشير إلى موقف اجتماعى Social Situation يصبح فيه تعاطى المخدرات من أجل التجديد أو بغرض المشاركة . فى هذه الحالة يكون التفاعل الاجتماعى Social Interaction الهدف الرئيسى للسعادة .

وبذلك يصبح المخدر وسيلة فى حد ذاته لجلب السعادة للهروب من الملل وإيقاع الحياة الروتينى ، الأمر الذى يدفع الفرد نحو البحث عن إحداث تغير فى نمطه اليومى ، فقد يلجأ إلى الأصدقاء ، وربما يصل إلى التعاطى عن طريقهم خاصة إذا كانوا من بين المتعاطين [1] .

أما عن النمط الثانى : فالمخدرات كسعادة تعنى أثر المخدرات فى جلب السعادة وبالتالى تصبح هدفا فى حد ذاتها ، مثل الإحساس الكبير الذى يشعر به الشخص عندما يدخن الماريجوانا Marijuana ولذا فالرغبة فى المتعة والسعادة ، تعد دافعاً رئيسياً لتعاطى المخدر[2] . غير أن النمط قد لا ينطبق على كافة المتعاطين فالحديث فى التعاطى لا يشعر بالسعادة ولا تشكل له دافعا حتى هذه اللحظة ، حيث أنه يظل مدفوعا بعوامل أخرى مثل حب الاستطلاع أو التجربة أو حتى الهروب . ولكن ما أن يتمكن المخدر من جسم وعقل المتعاطى الحديث ، فيصبح المخدر بالنسبة له ليس للسعادة وإنما كسعادة حيث أنه بدون المخدر يعانى من احتياجات عضوية ، وبتناول الجرعة يصبح متوازنا وبعيداً عن هذه الآلام

(1) Girdano , D . A , " Drug Education Content And Methods , New York , Random House , 1988 . p . p 310 .
(2) Grupp . S . E ; " Marijuana Use In A Small College " The Internet Journal Of The Addiction , Vol. 6 , 1971 . P. P 267 .

العضوية كالصداع وعدم التركيز ، وأحيانا أخرى الهياج أو ارتكاب الجرائم . وبالتعاطى تهدأ أجهزته ويصبح سعيداً لاختفاء الشعور السلبى ، ويعنى ذلك أن المخدرات للسعادة وكسعادة هى مجرد بداية ونهاية لسنوات التعاطى ، حيث تأتى البداية بالرغبة فى تمضية وقت سعيد ويظل التعاطى مصدراً لإشباع هذه الرغبة لفترة ، بعدها تأتى النهاية وهى تحكم المخدر ، وان السعادة أصبحت لا تأتى عن طريق التعاطى ، وإنما السعادة تكمن فى تعاطى مخدر بعينه من المخدرات . وهذا ما يتماشى مع الشخص المدمن.

ثالثاً : حب الاستطلاع والتجربة : Curiosity And Experiment

حب الاستطلاع ذو تأثير قوى على السلوك البشرى ، ويعطى تفسيراً لاستخدام أنواع مختلفة من المخدرات - فالعديد من الدراسات أشارت إلى أن حب الاستطلاع يشكل دافعاً قوياً Strong Motivator نحو التعاطى واستخدام المخدر [1] .

وربما يعد حب الاستطلاع هو الطريق المؤدى للإدمان ، حيث يبدأ الفرد بحب الاستطلاع ومنه يصبح مدمنا ، حيث يسعى إلى التعرف على كل نوع جديد متاح من المخدر ، وربما يقع فريسة لنوع ما من أنواع المخدرات التى لا يحتاج الفرد إلى تناول جرعات عديدة منها حتى يصبح غير قادر على الاستغناء عنه مثل الهيروين والماكستون فورت .

وبجانب حب الاستطلاع كسبب ملائم لإساءة استخدام المخدرات ، تعد التجربة أحد الدوافع الشخصية نحو التعاطى للمخدرات فقد أشار العديد من الدراسات إلى أن غالبية المتعاطين بدأوا التعاطى بسبب الرغبة فى التجربة .

وعلى أية حال يرى الباحث أنه رغم أن الدوافع الشخصية السابقة تعد مهمة فى التعرف على أسباب التعاطى ، فإن هناك أسباباً أخرى يمكن أن تضاف إلى قائمة الدوافع الشخصية منها أن التعاطى يصبح واقعاً عند بعض الأفراد نتيجة لظروف خاصة مثل العجز الجنسى ، البحث عن الذات أو العمل بنشاط أكبر .

(1) Pierce , J. E . " Delinquency Heroin Addiction In Britain , " British Journal Of Criminology , Vol. . 9 , 1969. P. P 83 .

بينما يحجم البعض عن التعاطى لأسباب أخرى تتعلق بعدم الرغبة ، الخوف من الضرر الفيزيقى والنفسى والخوف من أن يصبح مدمنا أو ضد القانون أو يفقد السيطرة على إرادته .

رابعاً : المرض النفسى :

فالمرض النفسى قد يكون مدخلاً لتعاطى وإدمان المخدرات . وذلك إما عن طريق العلاج نفسه ، أو رغبة فى إزالة آلام التوتر الذى يعانى منه المريض . وذلك بالطبع يتوقف على طبيعة المرض والشخصية كما سيتضح فى العرض التالى :

١- الشخصية الاكتئابية[١] : Depressed Personality

وهو إنسان يميل فى مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن وافتقاد الرغبة والحماس لكثير من الأشياء التى تثير حماس واهتمام الناس ، هذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات بالإحساس القوى باكتئاب لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها ولكن لا سلوى له إلا هذه المادة التى يعرف أنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذى يفقده بشكل دائم .

٢- الشخصية الإنطوائية[٢] : Schizoid Personality

وهو الإنسان الحساس الإنطوائى الذى يفضل العزلة ويهرب من الناس والتجمعات ولا يقوى على مواجهتهم أو التعبير عن رأيه ويشعر باضطراب حين يضطر للتعامل مع الناس فى ظروف اضطرارية وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد تزيل خجله وتلغى توتره وتطلق لسانه وتهدئ من فزع قلبه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة وبدون خجل ، مادة تذيب الحواجز بينه وبين الناس وتزيل خوفه منهم فيلجأ لاستعمال هذه المادة كلما اضطرته الظروف لمواجهة مسئولياته مع الناس ، بشكل متقطع أو مستمر وقد يقوده سوء

(١) عادل صادق ، الإدمان له علاج ، ص ٣٠ .
(٢) المرجع السابق ، نفس الموضع .

الاستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها ولكن لا علاج لحالته إلا هذه المادة التى يعرف أنها تغير من شخصيته تماما فينعم ولو لوقت صغير بنعمة التعامل الجرىء بلا خوف من الناس .

٣- الشخصية المكروبة[١] : Stressed Personality

بلا أى سبب أو ضغوط هو دائما قلق ومتوتر وفى عجلة من أمره فى كل شئ إلى حد الإرهاق لنفسه ولمن يتعامل ويتفاعل معهم بدرجة عالية من القلق وعدم الاستقرار وسهولة الاستثارة والعصبية والاندفاع وعدم الصبر مما يعرضه للخطأ والاحتكاك بالآخرين والأهم حالة دائمة من المعاناة ويكتشف أن بعض هذه المواد تزيل كل التوترات وتجعله هادئا بارداً مسترخيا متأنياً ويجد نفسه مضطراً لاستعمال هذه المادة بشكل متقطع أو مستمر وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد - بشكل متقطع أو مستمر - إلى التعود عليها وإدمانها ولكن لا خلاص له من اغترابه إلا بهذه المادة التى تمحو كل مشاعر القلق والتوتر ليحل محلها الاسترخاء والطمأنينة .

٤- الشخصية ضد الاجتماعية " السيكوباتية "[٢] Psychopathic Personality.

منذ أن كان طفلا صغيراً على أعتاب المراهقة ، بدا عنيفاً عنيداً عدوانياً ليس كبقية الأطفال ، من الصعب أن تحبه أو تتآلف معه ، يثيرك بنظرات التحدى من عينيه ويستدر غضبك بتعبيرات اللامبالاة على وجهه إذا أخطأ ، يسرق ، يكذب ، يهرب من المدرسة والبيت ، يتبجح مع والديه يؤذى أخوته وأصدقاءه .

هكذا تظهر ملامح الشخصية السيكوباتية فى سن مبكرة وتترسخ مع الأيام وتزداد عنفاً ويزداد عدوانية ضد المجتمع فيدوس الرقاب ويلوى الأذرع ويحرق الزرع ويدوس الشرف ، سعيه الأوحد والدائم نحو تحقيق ملذاته وإرضاء نزواته على حساب كل إنسان أى إنسان وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه ، يسرق ، يرتشى ، ينصب ، يخادع ، يؤذى يفعل أى شئ دون أن يتحرك لديه أدنى إحساس بألم أو ندم ،

---

(١) المرجع السابق ، ص ٣١ .

(٢) المرجع السابق ، نفس الموضع .

منهم الأذكياء ومنهم الأغبياء منهم القادرون على إخفاء شرورهم وعدوانيتهم وإظهار عكس الحقيقة ، فيبدو هذا السيكوباتى المبدع وكأنه الرجل الطيب الأمين . وبشكل عام فإن السيكوباتى لا يتعلم من أخطائه ولا يجدى معه العقاب . وسواء أكان الأمر هذا أم ذاك ، فإن البحث فى مجال الدوافع الشخصية يمكن أن يكون مصدراً غزيراً من المعلومات التى يمكن أن تبين الدوافع الحقيقية للتعاطى(*) وذلك بالطبع إلى جانب الدوافع الاجتماعية، التى ترتبط بعلاقة تبادلية **Interchangeable Relationship** مع الدوافع الشخصية، وكليهما يرتبطان بالظروف أو الدوافع الاقتصادية التى تبرز حقيقة المشكلات الاجتماعية والشخصية التى تدفع بالفرد إلى الدخول فى عضوية المتعاطين .

(*) لمزيد من التفاصيل حول هذا الموضوع يمكن الرجوع إلى :

- Fors,s.w ; " The Social And Demographic Correlates Of Adolescent Drug Use Pallerns Journal Of Drug Education Vol. -13 - 1983 .
- Adler , P . T ; " Drug Use Among High School Students ; Pallerns And Correlates ; The International Journal Of The Addictions . Vol. . 8 , 1973 .

Apsler ; " Adults Drug Use , American Journal Of Drug And Alcohol Abuse " , Vol. . 6

الفصل الرابع

الآثار الإقتصادية و الإجتماعية لمشكلة المخدرات فى المجتمع المصرى



الفصل الرابع
الآثار الاقتصادية والاجتماعية
لمشكلة المخدرات فى المجتمع المصرى

المبحث الأول : حجم مشكلة المخدرات فى مصر .

المبحث الثانى : الخسائر المادية والبشرية لتعاطى المخدرات على المجتمع .

المبحث الثالث : الآثار السلبية لتعاطى المخدرات على الفرد والأسرة والمجتمع .

تمهيد :

يعد هذا الفصل مدخلاً نحو إلقاء الضوء على الملامح الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ، وكما أشرنا فإن آخر التقارير الدولية لعام ١٩٩٩ تشير إلى أن حوالى ٧,٧٪ من سكان العالم يتعاطون المواد المخدرة بأنواعها المختلفة ، ويقدر عددهم بنحو ٤٤٥,٦ مليون نسمة من إجمالى ٦ مليارات نسمة ، وهو آخذ فى الازدياد ، وتتفق نتائج الدراسات على المستويات الإقليمية والعربية مع النتائج السابقة ، بما يشير إلى أن الظاهرة بعيدة عن الانحسار وآخذة فى التفاقم . ومما لاشك فيه أن عدد المتهمين فى قضايا المخدرات ، يتحدد فى ضوء زيادة أو انخفاض نشاط الاتجار بالمخدرات أو التعاطى ، حيث تعد تلك الزيادة أو الانخفاض مؤشراً لمدى حجم انتشار الظاهرة .

المبحث الأول

حجم مشكلة المخدرات فى مصر

من البديهى أن يتعرف القارئ أولاً على مدى حجم هذه الظاهرة ، قبل تحديد الآثار الناجمة عنها . وذلك من خلال محورين أساسيين هما :-

عرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بعدد قضايا المخدرات التى تم ضبطها خلال الفترة محل الدراسة (من ١٩٩١ - ٢٠٠٠) وعدد المتهمين فيها .

ثم عرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بمضبوطات المخدرات خلال نفس الفترة ،

وذلك على النحو التالى :

أولاً : عرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بعدد قضايا المخدرات والمتهمين فيها :

من الواضح فى ضوء البيانات الإحصائية المتاحة أن ظاهرة المخدرات أصبحت واحدة من أخطر الأمراض الاجتماعية التى بدأت تستوطن فى مجتمعنا ، رغم ما تقوم به أجهزة المكافحة من جهود كبيرة وكذلك أجهزة الدولة الأخرى ، فى الحد من هذه الظاهرة ، وقد يعنى هذا أن الحلول التى تلجأ إليها الأجهزة المعنية ، ليست حلولاً واقعية ولا تركز على جوهر المشكلة ، ونقصد بذلك شخص المتعاطى نفسه ، والأسباب التى تدفعه إلى التعاطى والبحث فى ظروف الفئات الأكثر تعرضا للإدمان ، وهى العوامل المؤثرة فى حجم المشكلة من زاوية المستهلك الذى يحدد حجم الطلب على المخدرات ، فالقضاء على مشكلة المخدرات لن يتحقق دون السعى نحو حل مشكلات الشباب (المستهلك) بصفة خاصة والمجتمع وظروفه الاقتصادية بصفة عامة كوعاء للطلب . وإلا فإن السعى نحو خفض معدلات التعاطى والقضاء عليه تماما ، يصبح هباء ودون جدوى . ولعل ما يؤكد ذلك أنه على الرغم من الإستراتيجيات التى تم وضعها لمكافحة ظاهرة الإدمان على مدى السنوات العشر السابقة (١٩٩١ - ٢٠٠٠) إلا أن عدد المدمنين مازال فى تصاعد مستمر . مما يعنى أن كل المواجهات التى تمت لم تأت بالغرض المرجو منها . ورعاية النشء والشباب وتوعيتهم ووقايتهم من تعاطى وإدمان المخدرات هو الحل الأمثل - فى رأينا - لأنه يؤدى حتما إلى انحسار تجارة المخدرات ، حتى لو استطاعت اختراق كافة الحواجز الأمنية والتسلل إلى أسواق الاتجار غير المشروع لها . غير أن الوضع الراهن يشير إلى عكس ذلك فمشكلات الشباب آخذة فى التعقيد . الأمر الذى يعظم من حجم انتشار ظاهرة التعاطى ، وزيادة أعداد المتهمين فى قضايا المخدرات كما سيتضح من الجدول التالى :

جدول رقم (١)

عدد قضايا المخدرات المضبوطة فى ج.م.ع

وأعداد المتهمين فيها خلال الفترة من (١٩٩١ - ٢٠٠٠) [١]

البيان	عدد القضايا	عدد المتهمين
١٩٩١	١١٢٨٩	١٢٦٢٨
١٩٩٢	١٢٧٩٢	١٤١٣٤
١٩٩٣	١٣٧٨٢	١٥١١٠
١٩٩٤	١٢٦٧٣	١٣٨٢٨
١٩٩٥	١٣٠٧٨	١٤٦٠٢
١٩٩٦	١٧٣٧٦	١٨٨٧٠
١٩٩٧	٢١٢٠١	٢٢٨٢٤
١٩٩٨	٢٦١٠٩	١٧٨٢١
١٩٩٩	٣٥٣٤٩	٣٧٤٦٢
٢٠٠٠	٢٧٨٩٨	٢٩٦١٢

يشير الجدول السابق إلى أن عدد قضايا المخدرات خلال الفترة من ١٩٩١ إلى ٢٠٠٠ وكذلك عدد المتهمين فى هذه القضايا يتصاعد بصفة عامة من سنة لأخرى فقد بلغ عدد القضايا التى تم ضبطها فى عام ١٩٩١ عدد ١١٢٨٩ قضية وتذبذب عدد القضايا وعدد المتهمين فيها صعوداً وهبوطاً طوال فترة السنوات العشر محل الدراسة فارتفع عدد القضايا فى عام ١٩٩٢ إلى ١٢٧٩٢ قضية وارتفع عدد المتهمين فيها إلى ١٤١٣٤ متهماً ، كما ارتفع عدد القضايا المضبوطة فى عام ١٩٩٣ إلى ١٣٧٨٢ قضية

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقارير السنوية لعام ١٩٩١ - ٢٠٠٠ .

وارتفع عدد المتهمين فيها إلى ١٥١١٠ متهمين ، وفى عام ١٩٩٤ انخفض عدد القضايا بنسبة بسيطة حيث بلغ عدد القضايا المضبوطة ١٢٦٧٣ قضية واستتبع ذلك انخفاض فى عدد المتهمين فيها فأصبح ١٣٨٢٨ متهماً ، ثم واصل عدد القضايا فى الارتفاع بعد ذلك حتى عام ١٩٩٩ ، ففى عام ١٩٩٥ بلغ عدد القضايا ١٣٠٧٨ قضية وعدد المتهمين فيها ١٤٦٠٢ متهم ، وفى عام ١٩٩٦ بلغ عدد القضايا المضبوطة ١٧٣٧٦ قضية و ١٨٨٧٠ متهماً فيها ، وفى عام ١٩٩٧ ارتفع عدد القضايا إلى ٢١٢٠١ قضية ضبط فيها ٢٢٨٢٤ متهماً وفى عام ١٩٩٨ واصل عدد القضايا فى الارتفاع فبلغ عدد القضايا المضبوطة ٢٦١٠٩ قضية والمتهمين فيها ١٧٨٢١ متهماً ، وفى عام ١٩٩٩ تم ضبط ٣٥٣٤٩ قضية وعدد ٣٧٤٦٢ متهماً فيها ، وفى عام ٢٠٠٠ انخفض عدد القضايا المضبوطة إلى ٢٧٨٩٨ قضية وبلغ عدد المتهمين فيها ٢٩٦١٢ متهماً بزيادة قدرها ١٦٦٠٩ قضايا ، وزيادة قدرها ٢١٩٨٤ متهماً عن عام ١٩٩١ ، مما يعكس خطورة مشكلة المخدرات وتفاقمها يوماً بعد يوم .

ومن الملاحظ أن أعداد المتهمين زادت بزيادة عدد القضايا وانخفضت بانخفاض عدد القضايا المضبوطة خلال الفترة محل الدراسة باستثناء واحد حدث فى عام ٩٨ حيث زاد فيها عدد القضايا المضبوطة مقابل نقص عدد المتهمين فيها خلال نفس العام بالمقارنة بعام ١٩٩٧ .

وجدير بالذكر أن نسبة المضبوطين فى قضايا التعاطى يشكلون أكثر من ٧٥٪ من إجمالى المضبوطين فى قضايا المخدرات ، وفقاً لما ورد بالدراسة التى أجرتها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات على محافظات القاهرة الكبرى عام ١٩٩٨ عن نسبة الحفظ والبراءة فى قضايا المخدرات والتى انتهت إلى أن قرارات الحفظ بلغت ٢٢,٥٪ وأحكام البراءة بلغت ٥٣,٣٪ وأحكام الإدانة بلغت ٢٤,٢٪ وأن عدد المحكوم عليهم بالإعدام منذ صدور القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ حتى الآن ٩٧ محكوماً عليه وقد بلغ عدد من نفذ فيهم حكم الإعدام ١٤ شخصاً فقط على مدى أكثر

من أربعين عاماً (١) .

يتضح من نتائج الدراسة السابقة أن نسبة قرارات الحفظ والبراءة فى قضايا المخدرات التى تم ضبطها وصلت إلى ٧٥,٨٪ بينما حكم بالإدانة فى ٢٤,٢٪ فقط من القضايا التى تم ضبطها خلال السنة محل الدراسة مما يعد مؤشراً لوجود أخطاء وسلبيات لدى القائمين على ضبط قضايا المخدرات أو المحققين فيها ويمكن اعتبار زيادة نسبة قرارات الحفظ والبراءة فى قضايا المخدرات سبباً يمكن إضافته إلى الأسباب الأخرى لانتشار ظاهرة تعاطى وإدمان المواد المخدرة فى المجتمع المصرى كما أن قلة عدد المحكوم عليهم بالإعدام خلال الأربعين عاماً السابق الإشارة إليها " ٩٧ محكوماً عليه " يمثل أيضا عاملاً سلبياً جديداً يضاف إلى أسباب انتشار الظاهرة وكذا قلة عدد المحكوم عليهم بالإعدام فى قضايا مخدرات الذين نفذ فيهم حكم الإعدام وهم ١٤ شخصاً فقط ، يمثل تحدياً كبيراً للظاهرة ويشير إلى وجود سلبيات اما فى مواد القانون أو فى تطبيقه .

ثانياً : عرض وتحليل البيانات الإحصائية الخاصة بمضبوطات المخدرات :

تمثل الأرقام الخاصة بحجم مضبوطات المواد المخدرة خلال فترة زمنية معينة أحد المعايير المهمة التى تشير إلى حجم المشكلة ، وأيضا الوقوف على حجم ما يبذل من جهود فى مجال مكافحة عرض المخدرات بأسواق الاتجار غير المشروع والتعرف على أنواع المواد المخدرة الأكثر شيوعاً فى كل فترة زمنية وكذا التعرف على الأنواع الجديدة منها التى تظهر فى الأسواق والتى تعكس الأنماط الحديثة لأمزجة النشء والشباب واتجاهاتهم .. وسوف نعرض لها فى جدولين :

أحدهما للمواد المخدرة الطبيعية والتخليقية التى تم ضبطها فى الفترة من ١٩٩١ حتى عام ٢٠٠٠ والآخر للزراعات المخدرة التى تم ضبطها فى نفس الفترة .

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠١ ، ص ٣١٤-٣٢٦ .

جدول رقم (٢)

إجمالى كميات المواد المخدرة الطبيعية والتخليقية المضبوطة فى سوق الاتجار غير المشروع فى ج.م.ع خلال الفترة من (١٩٩١ - ٢٠٠٠) (١)

البيان / السنة	الحشيش بالكيلو جرام	الأفيون بالكيلو جرام	الهيروين بالكيلو جرام	الكوكايين بالكيلو جرام	البانجو بالكيلو جرام	العقاقير المخدرة بعدد الأقراص	الماكستون فورت بالسم٢
١٩٩١	١٠٧٢٦	٥٠	٨٦	٠,٥٢	٣٠	٥٨١٩٤	٥٣٦٤٣٠
١٩٩٢	٧٩٨٥	٤٩	٥٢	٠,٣	٣٣٠	٢٨٧٥٣ L.S.D ١٠٣٧	٢٩٩٩٨٣
١٩٩٣	٤٢٧٠	٩٥	١٩٢	١,٤	٥٩٩	١٥٩٣٧٥	١٦٣٤٧٤
١٩٩٤	١٧٤٥	٤٩	٨٧	١,٢	١٢٦٨	١٤٣٩٥٢	٦٤٩٠٢
١٩٩٥	١٠٣٢	١٧	٤٨	٠,٢	٢٦٢٣	١٧٨٨١٥ L.S.D ٤٠٦	٤٠٨٨٥
١٩٩٦	٢٠٥٥	١٧	٤٩	٠,٩	٦٦٢٤	٤٢٠١٦٠ L.S.D٦٦٩	١٩٨٧٨
١٩٩٧	٤٤٢	٣١	٥١	٠,٩	١٠١٨٦	٩٤٨٨١ L.S.D ١٥	٤٦٥٠٥
١٩٩٨	٦٢٨	٢٦	٢٤	١,٩	٣١٠٧٨	١٠٠٥٧٩٩ L.S.D ٥١٤	١٥٣٤٨
١٩٩٩	٢٦	٢٥	٢٤	٠,٨	٢٢٥٨٩	٥٧٣٨٣٢	١٩٠٢٣
٢٠٠٠	٥٢٥	٧٥	٣٧	١٤,٣	٣٠٣٩٨	٥٧٠٧٦ L.S.D ٣٠٠ ٣٣٧٢ اكستازى	١١٦٥٠

- كان الحشيش هو المخدر السائد حتى نهاية الثمانينيات فى سوق المخدرات فى مصر لما له من شعبية تاريخية ، باعتباره أول مخدر عرفته السوق المصرية تقريباً ، كما أن حجم الطلب عليه يأتى من طبقات اجتماعية وثقافية واقتصادية مختلفة بالإضافة إلى رخص

(١) أنظر : وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقارير السنوية ، للأعوام١٩٩١ - ٢٠٠٠ .

ثمنه بالنسبة لباقى المخدرات الأخرى ، والاعتقادات الخاطئة بآثاره الإيجابية على النواحى الجنسية وعدم تحريمه دينياً حيث وصلت الكميات المضبوطة منه إلى ٩٥٣٠٠ كيلو جرام عام ١٩٨٥ (١) .

ومع بداية التسعينيات حدث تراجع فى الكميات المضبوطة منه ، ففى عام ١٩٩١ تم ضبط ١٠٧٢٦ كيلو جراما ثم واصلت فى التراجع خلال أعوام ٩٢ ، ٩٣، ٩٤ ، ٩٥ حتى وصلت إلى ١٠٣٢ كيلو جراما . ثم عادت الكميات المضبوطة من مخدر الحشيش إلى الارتفاع مرة أخرى عام١٩٩٦ حيث تم ضبط ٢٠٥٥ كيلو جراما إلا أنها أخذت فى التراجع مرة أخرى بعد فترة تذبذب صعوداً وهبوطاً حتى وصلت الكمية المضبوطة منه إلى ٥٢٥ كيلو جراما فقط عام ٢٠٠٠ ، مما يشير إلى انتهاء عصر السيادة بالنسبة لمخدر الحشيش .

– أما مخدر الأفيون فقد ظل أكثر المواد المخدرة شيوعاً فى مصر حتى نهاية عقد السبعينيات والنصف الأول من عقد الثمانينيات بعد مخدر الحشيش . حيث كان المضبوط منه فى عام ١٩٧٩ عدد ١٠٣١ كيلو جراما وتذبذب صعوداً وهبوطاً حتى وصلت الكمية المضبوطة منه إلى ٣١٠ كيلو جرامات فى عام ١٩٨٥ (٢) .

ومع بداية التسعينيات استمر التراجع فى حجم المضبوط من مخدر الأفيون حتى وصل إلى ٥٠ كيلو جراما منه فى عام ١٩٩١ ، ثم تذبذبت الكميات المضبوطة منه صعوداً وهبوطاً حتى وصلت إلى ٧٥ كيلو جراما عام ٢٠٠٠ أى بزيادة قدرها ٥٠٪ عن عام ١٩٩١ ، وهى زيادة طبيعية إذا ما أخذ فى الاعتبار زيادة عدد مدمنى الأفيون بنسبة الزيادة السكانية خلال الفترة محل الدراسة .

مما يؤكد أن الأفيون من المخدرات التقليدية الموجودة فى سوق الاتجار غير المشروع دائما على مر السنين وحتى الآن والدليل على ذلك انتشار زراعات الخشخاش فى مصر بصورة كبيرة على النحو الذى سيرد تفصيلاً فى هذا الشأن .

– كما عرف الهيروين طريقة إلى السوق المصرية اعتبارا من عام ١٩٨٢ حيث تم ضبط

---

(١) وزارة الداخلية ،الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ،التقرير السنوى لعام ١٩٨٥ ، مرجع سبق ذكره ص٢١٩ .
(٢) المرجع السابق ، نفس الموضع .

نصف كيلو جرام تقريباً ، ثم ضبطت أكبر كمية منه فى تاريخ المكافحة عام ٨٣ حيث تم ضبط ما يقرب من ٢٤٣ كيلو جراما ثم تذبذبت كميات ضبطه هبوطاً وصعوداً حتى عام ١٩٨٦ بضبط ٩٩ كيلو جراما تقريباً وانحسر مخدر الهيروين تماماً فى أعوام ١٩٨٧ ، ١٩٨٨ ، ١٩٨٩ ، ١٩٩٠ فلم يضبط منه أى كمية تذكر .

عاد الهيروين للظهور مرة أخرى عام ١٩٩١ حيث تم ضبط ٨٦ كيلو جراما منه ثم انخفضت الكمية المضبوطة فى عام ١٩٩٢ إلى ٥٢ كيلو جراما وارتفعت ارتفاعاً كبيراً عام ١٩٩٣ بضبط ١٩٢ كيلو جراما وهى ثانى أكبر كمية تضبط فى تاريخ المكافحة ، ثم أخذت فى الانخفاض مرة أخرى إلى أن وصلت الكمية المضبوطة منه ٣٧ كيلو جراما عام ٢٠٠٠ ، مما يؤكد تراجع الطلب عليه خلال هذه الفترة مع بداية ظهور مخدر جديد هو البانجو .

وبالنسبة لمخدر الكوكايين فهو يعتبر من المواد المخدرة محدودة الانتشار فى سوق الاتجار غير المشروع فى مصر ، وذلك لارتفاع ثمنه بصورة تفوق قدرة كثير من متعاطى ومدمنى المخدرات ، واستخدامه بمعرفة طبقات محدودة .

وكان مخدر الكوكايين قد ظهر فى الأسواق لأول مرة فى عام ١٩٨٥ ، حيث ضبط كيلو جرام واحد منه ، ثم اختفى تماماً طيلة خمس سنوات ، ثم عاد للظهور فى الأسواق عام ١٩٩١ وتم ضبط نصف كيلو جرام منه تقريباً ثم تذبذبت الكميات المضبوطة منه صعوداً وهبوطاً حتى شهد سوق الاتجار غير المشروع للمخدرات فى مصر عام ٢٠٠٠ اختراقاً جديداً للكوكايين ، حيث تم ضبط (١٤,٣ كيلو جرام) وهو ما يشير إلى أن عصابات جلب المخدرات لا تهدأ ولا تيأس من محاولات إغراق البلاد بأى نوع من أنواع المخدرات إذا سنحت لها الظروف بذلك .

أما مخدر البانجو فقد احتل مكانه متميزة بين المواد المخدرة المعروضة بسوق الاتجار غير المشروع ، واستمر احتلاله المرتبة الأولى متقدماً على مخدر الحشيش والأفيون والهيروين وكافة المخدرات التقليدية والمستحدثة وما زالت كمياته تزداد وتتنامى يوماً بعد يوم .

ففى عام ١٩٩١ تم ضبط ٣٠ كيلو جراما بانجو وتصاعدت الكميات المضبوطة منه عاماً بعد عام ، حيث بلغت ذروة الكميات المضبوطة منه ٣١٠٧٨ كيلو جراما فى عام ١٩٩٨ . وتراجعت كميات الضبط عام ١٩٩٩ تراجعاً بسيطاً حيث تم ضبط ٢٢٥٨٩

كيلو جراما ثم عادت للارتفاع مرة أخرى وتم ضبط ٣٠٣٩٨ كيلو جراما عام ٢٠٠٠ ، وهو الأمر الذى يبرر التناقص الملحوظ فى الكميات المضبوطة من المواد المخدرة الأخرى خلال النصف الثانى من عقد التسعينيات . ونعتقد أن البانجو هو أخطر المخدرات وأشدها فتكاً بالشباب لكثرة زراعته فى مصر ، ورخص ثمنه ، وسهولة الحصول عليه .

وتعتبر العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية هى البدائل الموجودة دائما لكثير من المواد المخدرة الأخرى ، وهى موجودة بسوق الاتجار غير المشروع للمخدرات فى مصر منذ زمن طويل ، لسهولة الحصول عليها ، ورخص ثمنها وعدم إدراج الكثير منها ضمن جداول العقاقير المخدرة . ويلاحظ فى الجدول السابق زيادة حجم المضبوط منها سنويا خلال الفترة من عام ١٩٩١ حتى عام ١٩٩٩ فبينما ضبط حوالى ٥٨ ألف قرص فى عام ١٩٩١ حدث تناقص فى كميات الضبط عام ١٩٩٢ حيث تم ضبط ما يقرب من ٢٩ ألف قرص فقط ، ثم حدث تذبذب فى كميات الضبط صعوداً وهبوطاً خلال الفترة من عام ١٩٩٣ حتى عام ١٩٩٩ إلا أنها استقرت فى عام ٢٠٠٠ بضبط حوالى ٥٧ ألف قرص .

ومن الملاحظ أن طوابع عقار ألـ L.S.D المهلوسة متداولة فى معظم السنوات فقد ضبط منها عام ١٩٩٢ عدد ١٠٣٧ طابعاً و٤٠٦ طوابع عام ١٩٩٥ و٦٦٩ عام ١٩٩٦ و١٥ طابعا عام ١٩٩٧ و٥١٤ طابعا عام ١٩٩٨ ، ولكن ظهر فى سوق الاتجار غير المشروع للمخدرات فى مصر عقار جديد عرف باسم الإكستازى وهى عبارة عن أقراص منشطة تثير النشوة لدى متعاطيها وتمكنهم من الرقص طوال اليوم All Day Dance وضبط منها ٣٣٧٢ قرصا فى عام ٢٠٠٠ مما يؤكد أن التناقص فى حجم المضبوطات من الأقراص المؤثرة على الحالة النفسية غالباً ما يستتبعه زيادة فى حجم المضبوط من بدائل المخدرات الجديدة مثل أقراص الإكستازى.

أيضا يلاحظ من الجدول السابق أن سائل الماكستون فورت موجود دائما فى سوق الاتجار غير المشروع للمواد المخدرة فى مصر منذ زمن طويل على الرغم من تفاوت الكميات المضبوطة منه خلال الفترة موضوع الدراسة (من ١٩٩١ إلى ٢٠٠٠) والفرق يكمن فقط فى الكميات المضبوطة من عام إلى عام فبينما تم ضبط ٥٣٦٤٣٠ سنتيمترا مكعبا من سائل الماكستون فورت عام ١٩٩١ تذبذب المضبوط منه صعوداً وهبوطاً خلال الفترة محل الدراسة حتى وصل المضبوط منه إلى ١١٦٥٠ سنتيمترا مكعبا عام ٢٠٠٠ ، وهذا

النقص الكبير فى الكميات المضبوطة من مخدر الماكس يقابله الارتفاع الكبير فى كميات البانجو المعروضة الآن فى الأسواق ودخول كثير من المواد المؤثرة على الحالة النفسية الجديدة إلى سوق الاتجار غير المشروع للمخدرات فى مصر .

جدول رقم (٣) (*)

ما تم ضبطه من الزراعات المخدرة فى ج.م.ع

خلال الفترة من (١٩٩١ - ٢٠٠٠) (١)

البيان / السنة	زراعات القنب " البانجو "			زراعات الخشخاش " الأفيون "		
	عدد الشجيرات	بالفدان	بالكيلو جرام	عدد الشجيرات	بالفدان	بالكيلو جرام
١٩٩١	٣٨١٠٩٧	٥	٤٢,٠٠٠	٢٨٥٤٨٣٤	٣٣٧	١٠٧٨٤
١٩٩٢	٧٧٠٠٠٤	٩	٧٥,٦٠٠	٣٧٨٣٤٦٣	٤٥٠	١٤٤٠٠
١٩٩٣	١٦٧٢٣٧٣	٢٠	١٦٨,٠٠٠	٩٣١٣٨٩٤٣	١١٠٨٨	٣٥٤٨١٦
١٩٩٤	٨٢٦٤١١٥	٩٨	٨٢٣,٢٠٠	١٣٨٨٢٨٤٩٦	١٦٥٢٧	٥٢٨٨٦٤
١٩٩٥	٥١١٥٣٢٧٤	٦٠٨	٥,١٠٧,٢٠٠	١٧٦٢١٧٩٧	٢٦٢	٨٣٨٤
١٩٩٦	٢٣١٤٠٦٠٤٠	٦٧١	٥,٦٣٦,٤٠٠	٣٦٣٩٣٢٠٩٢٨	٥٢٦٧	١٦٨٥٤٤
١٩٩٧	٦٣٥٤٢٨١٩	٤٣٢	٣,٦٢٨,٨٠٠	١٣٧٢٤٧٦٧٩	٩٣٤	٢٩٨٨٨
١٩٩٨	٣٥١٥٠٣٨٦	٢٢٩	١,٩٤٣,٦٠٠	٣٠٢١٤٠٠١	٢٠٦	٦٥٩٢
١٩٩٩	-	٧٥٦	٦,٣٥٠,٤٠٠	-	٢١٢	٦٧٨٤
٢٠٠٠	-	٥٧١	٤,٧٩٦,٤٠٠	-	٨٦	٥٧٥٢

* فى دراسة عن أسلوب وتكلفة الزراعات المخدرة المعمول بها فى جمهورية مصر العربية ، أعدتها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات عام ١٩٩٦ ، انتهت إلى أن متوسط الزراعة فى المتر المربع هو ٢٠ شجيرة قنب هندى ، ١٦ شجيرة خشخاش . وأن متوسط فدان القنب يحتوى على ٨٤٠٠٠ شجيرة ومتوسط فدان الخشخاش يحتوى على ٦٧٢٠٠ شجيرة ، وأن متوسط إنتاجية فدان القنب هو ٨٤٠٠ كيلو جرام بانجو ، وأن متوسط إنتاجية فدان الخشخاش هو ٣٢ كيلو جراما أفيون خام . ولاختلاف وحدات التقويم فى التقارير السنوية للإدارة العامة لمكافحة المخدرات تم تحويل أعداد الشجيرات إلى أفدنه للوصول إلى إنتاجيتها بالكيلوجرام وفقاً لهذه الدراسة (فى السنوات التى لم يذكر فيها الكميات المضبوطة بالكيلو جرام) .

(١) أنظر : وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقارير السنوية لأعوام ١٩٩١-٢٠٠٠ ، مراجع سبق ذكرها .

ويلاحظ من الجدول السابق أن المضبوط من إنتاج زراعات القنب عام ١٩٩١ كان ٤٢ ألف كيلو جرام من خمسة أفدنه ، ثم زاد فى عام ١٩٩٢ إلى ٧٥٦٠٠ كيلو جرام من تسعة أفدنه ، ثم زاد فى عام ١٩٩٣ إلى ١٦٨٠٠٠ كيلو جرام من ٢٠ فدانا . وواصلت كميات الضبط ارتفاعها حيث وصلت إلى ٨٢٣٢٠٠ كيلو جرام عام ١٩٩٤ و ٥١٠٧٢٠٠ كيلو جرام عام ١٩٩٥ وإلى ٥٦٣٦٤٠٠ كيلو جرام فى عام ١٩٩٦ ثم تراجعت إلى ٣٦٢٨٨٠٠ كيلو جرام فى عام ١٩٩٧ ، ثم إلى ١٩٤٣٦٠٠ كيلو جرام عام ١٩٩٨ ثم قفزت إلى ٦٣٥٠٤٠٠ كيلو جرام بانجو فى عام ١٩٩٩ ، ثم تراجعت مرة أخرى كميات الضبط إلى ٤٧٩٦٤٠٠ كيلو جرام عام ٢٠٠٠ .

ويمكن تبرير هذا التذبذب فى الكميات المضبوطة من البانجو خلال تلك الفترة إلى حجم الجهود التى تبذلها أجهزة المكافحة فى كل عام على حدة بالإضافة إلى حركة التنقلات والتغيير فى قيادات وضباط هذه الأجهزة من قبل وزارة الداخلية ، بالإضافة إلى أن المغامرين من المزارعين للزراعات المخدرة يعملون بحذر فى السنوات التى تأتى بعد جهود مكثفة من أجهزة المكافحة والتى يتم فيها ضبط كميات كبيرة من الزراعات المخدرة .

وقد حلت زراعات " البانجو " محل زراعات " الأفيون " التى كانت سائدة من قبل شيئا فشيئا ، فنجد أن المضبوط من إنتاج الأفيون فى عام ١٩٩١ كان ١٠٧٨٤ كجم ، وزاد فى عام ٩٢ إلى ١٤٤٠٠ كجم ، وقفز إلى ٣٥٤٨١٦ كجم فى عام ٩٣ ، وإلى ٥٢٨٨٦٤ كجم فى عام ٩٤ ، ثم بدأ فى الانحسار عام ٩٥ حيث تم ضبط ٨٣٨٤ كجم فقط ، ثم عاود الارتفاع فى عام ٩٦ فوصل إلى ١٦٨٥٤٤ كجم ، ثم تقلصت الكميات المضبوطة من زراعات الأفيون فى عام ٩٧ إلى ٢٩٨٨٨ كجم ، وإلى ٦٥٩٢ كجم فى عام ٩٨ ، وزادت بنسبة بسيطة فى عام ٩٩ حيث تم ضبط ٦٧٨٤ كجم ، وانحسرت الكميات المضبوطة من زراعة الأفيون فى عام ٢٠٠٠ حتى وصلت إلى ٥٧٥٢ كجم . وهو ما يؤكد انحسار زراعات " الأفيون " فى مقابل انتشار زراعات " البانجو " خلال الفترة محل الدراسة . ولا شك أن انتشار الزراعات المخدرة فى محافظات مصر أمر يهدد الكيان الاقتصادى والاجتماعى والصحى للمجتمع ، ويدفعها إلى صفوف البلاد المنتجة

للمخدرات المصنعة والمرصودة دولياً وهو الأمر الذى يحتاج إلى مواجهة حقيقية وحلول غير تقليدية حفاظاً على التربة الخصبة من الاستغلال غير المشروع ومستقبل الأجيال المقبلة خاصة من الشباب .

وجدير بالذكر أن النظرة التحليلية للأرقام الواردة بالبيانات الإحصائية للكميات المضبوطة من الأنواع المختلفة من المواد المخدرة تختلف من باحث لآخر ، فيرى البعض أن زيادتها دليل على زيادة جهود أجهزة المكافحة . بينما يرى الباحث أنها مؤشر خطير يعكس حجم انتشار ظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات ، لأن ما يضبط دائما وعلى أكثر تقدير لا يمثل وفقاً لما جرى عليه العرف فى مجال حساب كميات المخدرات المتداولة سوى ١٠٪ من حجم المتداول من المواد المخدرة فى أى بلد .

المبحث الثانى
الخسائر المادية والبشرية
لتعاطى المخدرات على المجتمع

هى مجموع التكاليف التى يتكبدها المجتمع من جراء إدمان وتعاطى المخدرات، ولقد اهتم الباحثون كثيراً بالتكاليف التى يتكبدها المجتمع من جراء استخدام وتعاطى الكحول والتبغ ، ولكن من ناحية أخرى لم يكن هناك إلا قدر ضئيل من الاهتمام بالتكاليف التى يتكبدها المجتمع نتيجة لتعاطى المخدرات غير المشروعة، ولا شك أن هذا النقص يمكن إرجاعه إلى حد كبير إلى مشكلات توافر البيانات الدقيقة اللازمة لأية محاولة لحساب التكاليف الاجتماعية لتعاطى المواد المخدرة غير المشروعة كمياً ، فيصعب حساب حجم إنتاج المخدرات أو استهلاكها أو استيرادها أو تصديرها كما يصعب حساب قيمتها استنادا إلى وحدة سعرية معينة.

وإضافة إلى ذلك ، ورغم وجود كثير من الدراسات التى أثبتت علاقة الإدمان والتعاطى بتدهور الصحة ، إلا أنه يصعب تحديد الروابط السببية فى مجالات الجريمة كمياً . ولهذه

الأسباب لا يوجد إلا قدر قليل من المعلومات الموجودة بالمكتبة العربية عن التكاليف الاجتماعية لتعاطى المخدرات غير المشروعة (١) .

وتنقسم التكاليف المتصلة بتعاطى المخدرات التى يتكبدها المجتمع إلى تكاليف داخلية (التكاليف الخاصة) وأخرى تكاليف خارجية (التكاليف الاجتماعية) .

أولاً : التكاليف الخاصة :

هى تلك التكاليف التى يدفعها المتعاطون مقابل شراء المواد المخدرة . ولمعرفة حجم هذه التكاليف ، سوف نقوم بعملية حسابية نحدد من خلالها ما أنفق على شراء تلك المواد فى السنوات العشر من (١٩٩١ : ٢٠٠٠) .

ونظراً لأن حجم المخدرات المضبوطة فى سوق الاتجار غير المشروع لا يمثل سوى (من ٥٪ إلى ٢٠٪) من حجم كميات المواد المخدرة المتداولة (٢) ، لذا فقد درج كثير من الباحثين المهتمين بمشكلة المخدرات على احتساب كميات المخدرات المضبوطة بواقع ١٠٪ فقط من حجم المخدرات المتداولة باعتبار أن هذه النسبة هى التى جرى العرف الدولى على العمل بها .

وفى دراسة تطبيقية قام بها د . فتحى عيد لحساب قيمة الإنفاق على شراء المخدرات فى مصر عام ١٩٧٨ ، قدم نموذجاً قام فيه بضرب كميات المخدرات المضبوطة فى هذا العام × ١٠ ثم قام بضربها × متوسط سعرها التقريبى خلال نفس المدة للحصول على القيمة المطلوبة (٣) .

وبناء عليه سوف نتبع نفس النهج بضرب كميات المخدرات المضبوطة سنوياً × ١٠ ، فنحصل بذلك على إجمالى الكميات المتداولة من كل نوع من أنواع المخدرات على حده (جدول رقم ٤ ، ٥) . ثم نستعرض فى الجدول رقم (٦) متوسط أسعار المواد المخدرة المتداولة فى الفترة من (٩١ - ٢٠٠٠) بالجنيه المصرى . ولحساب قيمة الإنفاق على

(١) أنظر : برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات ، فيينا ، نشرة المخدرات ، المجلد الثانى والخمسون ، العددان ١ و ٢ ، ٢٠٠٠ ، الأمم المتحدة ، نيويورك ، ٢٠٠١ .

(٢) محمود عبد الفضيل ، جيهان دياب ، أبعاد ومكونات الاقتصاد الخفى وحركة الأموال السوداء فى الاقتصاد المصرى (١٩٧٤ - ١٩٨٤) فى إطار نظام متطور للحسابات القومية ، مجلة مصر المعاصرة ، الجمعية المصرية للاقتصاد السياسى ، العدد ٤٠٠ ، أبريل ١٩٨٥ ، ص ٥ .

(٣) فتحى عيد ، السنوات الحرجة فى تاريخ المخدرات ، نذر الخطر وعلامات التفاؤل ، مرجع سابق ، ص ٥٨ .

شراء المخدرات المتداولة سيقوم الباحث بضرب كميات المخدرات المتداولة فى سوق الاتجار غير المشروع كل عام على حدة خلال السنوات العشر محل الدراسة x متوسط أسعار هذه المواد خلال نفس الفترة جدول رقم ٧ (أ ، ب ، جـ) . وفى جدول رقم ٨ سوف نقوم برصد إجمالى قيمة المواد المخدرة فى سوق الاتجار غير المشروع فى ج . م . ع خلال تلك الفترة .

جدول رقم (٤)

إجمالى كميات المواد المخدرة الطبيعية والتخليقية المتداولة

فى سوق الاتجار غير المشروع فى ج.م.ع خلال الفترة من (١٩٩١ : ٢٠٠٠)

البيان / السنة	الحشيش بالكيلو جرام	الأفيون بالكيلو جرام	الهيروين بالكيلو جرام	الكوكايين بالكيلو جرام	البانجو بالكيلو جرام	العقاقير المخدرة بعدد الأقراص	الماكستون فورت بالسم٢
١٩٩١	١٠٧٢٦٠	٥٠٠	٨٦٠	٥,٢	٣٠٠	٥٨١٩٤٠	٥٣٦٤٣٠٠
١٩٩٢	٧٩٨٥٠	٤٩٠	٥٢٠	٣,٠	٣٣٠٠	٢٨٧٥٣٠ L.S.D ١٠٣٧٠	٢٩٩٩٨٣٠
١٩٩٣	٤٢٧٠٠	٩٥٠	١٩٢٠	١٤,٠	٥٩٩٠	١٥٩٣٧٥٠	١٦٣٤٧٤٠
١٩٩٤	١٧٤٥٠	٤٩٠	٨٧٠	١٢,٠	١٢٦٨٠	١٤٣٩٥٢٠	٦٤٩٠٢٠
١٩٩٥	١٠٣٢٠	١٧٠	٤٨٠	٢,٠	٢٦٢٣٠	١٧٨٨١٥٠ L.S.D ٤٠٦٠	٤٠٨٨٥٠
١٩٩٦	٢٠٥٥٠	١٧٠	٤٩٠	٩,٠	٦٦٢٤٠	٤٢٠١٦٠٠ L.S.D٦٦٩٠	١٩٨٧٨٠
١٩٩٧	٤٤٢٠	٣١٠	٥١٠	٩,٠	١٠١٨٦٠	٩٤٨٨١٠ L.S.D ١٥٠	٤٦٥٠٥٠
١٩٩٨	٦٢٨٠	٢٦٠	٢٤٠	١٩,٠	٣١٠٧٨٠	١٠٠٥٧٩٩٠ L.S.D ٥١٤٠	١٥٣٤٨٠
١٩٩٩	٢٦٠	٢٥٠	٢٤٠	٨,٠	٢٢٥٨٩٠	٥٧٣٨٣٢٠	١٩٠٢٣٠
٢٠٠٠	٥٢٥٠	٧٥٠	٣٧٠	١٤٣,٠	٣٠٣٩٨٠	٥٧٠٧٦٠ L.S.D ٣٠٠٠ ٣٣٧٢٠ اكستازى	١١٦٥٠٠

جدول رقم (٥)

إجمالى كميات المواد المخدرة المتداولة

من الزراعات المخدرة فى ج.م.ع خلال الفترة من (١٩٩١ - ٢٠٠٠)

البيان / السنة	زراعات القنب " البانجو "			زراعات الخشخاش " الأفيون "		
	عدد الشجيرات	بالفدان	بالكيلو جرام	عدد الشجيرات	بالفدان	بالكيلو جرام
١٩٩١	٣٨١٠٩٧٠	٥٠	٤٢٠٬٠٠٠	٢٨٥٤٨٣٤٠	٣٣٧٠	١٠٧٨٤٠
١٩٩٢	٧٧٠٠٠٤٠	٩٠	٧٥٦٬٠٠٠	٣٧٨٣٤٦٣٠	٤٥٠٠	١٤٤٠٠٠
١٩٩٣	١٦٧٢٣٧٣٠	٢٠٠	١٬٦٨٠٬٠٠٠	٩٣١٣٨٩٤٣٠	١١٠٨٨٠	٣٥٤٨١٦٠
١٩٩٤	٨٢٦٤١١٥٠	٩٨٠	٨٬٢٣٢٬٠٠٠	١٣٨٨٢٨٤٩٦٠	١٦٥٢٧٠	٥٢٨٨٦٤٠
١٩٩٥	٥١١٥٣٢٧٤٠	٦٠٨٠	٥١٬٠٧٢٬٠٠٠	١٧٦٢١٧٩٧٠	٢٦٢٠	٨٣٨٤٠
١٩٩٦	٢٣١٤٠٦٠٤٠٠	٦٧١٠	٥٦٬٣٦٤٬٠٠٠	٣٦٣٩٣٢٠٩٢٨٠	٥٢٦٧٠	١٦٨٥٤٤٠
١٩٩٧	٦٣٥٤٢٨١٩٠	٤٣٢٠	٣٦٬٢٨٨٬٠٠٠	١٣٧٢٤٧٦٧٩٠	٩٣٤٠	٢٩٨٨٨٠
١٩٩٨	٣٥١٥٠٣٨٦٠	٢٢٩٠	١٩٬٤٣٦٬٠٠٠	٣٠٢١٤٠٠١٠	٢٠٦٠	٦٥٩٢٠
١٩٩٩	-	٧٥٦٠	٦٣٬٥٠٤٬٠٠٠	-	٢١٢٠	٦٧٨٤٠
٢٠٠٠	-	٥٧١٠	٤٧٬٩٦٤٬٠٠٠	-	٨٦٠	٥٧٥٢٠

جدول رقم (٦)

متوسط أسعار المواد المخدرة المتداولة فى سوق الاتجار غير المشروع فى ج.م.ع خلال الفترة من (١٩٩١ - ٢٠٠٠) بالجنية المصرى [١] [*]

النوع / السنة	١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
مخدر الحشيش	٦٥٠٠	١٢٠٠٠	١٢٠٠٠	٢٠٠٠٠	١٧٥٠٠	١٧٥٠٠	١٣٥٠٠	٢٠٠٠٠	٢٨٨٠٠	٢٤٤٠٠
مخدر الأفيون	٩٠٠٠	١٥٠٠٠	١٢٥٠٠	٢٣٠٠٠	٢٣٥٠٠	٢٧٥٠٠	١٩٥٠٠	٤٢٥٠٠	٤٤٤٠٠	٣٥٥٥٠
مخدر الهيروين	١٥٠٠٠٠	١٢٥٠٠٠	٢٧٥٠٠٠	١٤٠٠٠٠	٢٥٠٠٠٠	٣٥٠٠٠٠	٢٢٥٠٠٠	٢٣٥٠٠٠	١٨٥٠٠٠	٢٧٥٠٠٠
مخدر الكوكاكين	٣٠٠٠٠٠	٢٣٠٠٠٠	٢٣٠٠٠٠	٥٥٠٠٠٠	٤٥٠٠٠٠	٤٥٠٠٠٠	٤٥٠٠٠٠	٦٠٠٠٠٠	٦٠٠٠٠٠	٧٥٠٠٠٠
مخدر البانجو	٨٠٠	١٠٠٠	١٠٠٠	١١٠٠	١٢٠٠	١٢٥٠	١١٠٠	٨٥٠	١٣٠٠	١٣٠٠
العقاقير المؤثرة	٧	٧	٧	٨,٥	٦	٨	٦,٥	٧	٧	٨
طابع L.S.D	--	١٢٥	--	--	١٢٥	١٢٥	١٢٥	١٢٥	--	١٢٥
أقراص إكستازى	--	--	--	--	--	--	--	--	--	١٠٠
ماكستون فورت	٢	٥	٤,٥	٥	٤	٤	٤,٥	١٢	١٢	٢٠
زراعات القنب	٣٠٠	٣٠٠	٣٠٠	٣٠٠	٣٠٠	٣٠٠	٣٠٠	٣٠٠	٣٠٠	٣٠٠
زراعات الخشخاش	٦٤٠٠	٦٤٠٠	٦٤٠٠	٦٤٠٠	١٦٠٠٠	١٦٠٠٠	١٦٠٠٠	٢٢٤٠٠	٢٢٤٠٠	٢٢٤٠٠

(١) أنظر : وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقارير السنوية لأعوام ٩١ - ٢٠٠٠ ، مراجع سبق ذكرها .

(*) تم معالجة البيانات الإحصائية بواسطة الباحث من التقارير السنوية للإدارة العامة لمكافحة المخدرات بوزارة الداخلية لأعوام ١٩٩١ إلى ٢٠٠٠ .

من قراءة الجدول السابق يتبين الارتفاع التدريجي في متوسط أسعار مخدر الحشيش خلال سنوات الدراسة ، فبينما كان متوسط سعر الكيلو جرام ٥٦٠٠ جنيه في عام ١٩٩١ ارتفع إلى ١٢٠٠٠ جنيه في أعوام ١٩٩٢ ، ١٩٩٣ ، ثم ارتفع إلى ٢٠٠٠٠ جنيه في عام ١٩٩٤ وانخفض قليلاً في أعوام ١٩٩٥ ، ١٩٩٦ حيث بلغ ١٧٥٠٠ جنيه ، ثم واصل الانخفاض في عام ١٩٩٧ إلى ١٣٥٠٠ جنيه ، ثم عاد متوسط السعر للارتفاع في عام ١٩٩٨ إلى ٢٠٠٠٠ جنيه ، ثم قفز إلى ٢٨٨٠٠ جنيه في عام ١٩٩٩ وتراجع إلى ٢٤٤٠٠ جنيه في عام ٢٠٠٠ .

ويلاحظ أن ارتفاع السعر وانخفاضه ارتبط بكميات الحشيش المعروضة فقل السعر بزيادة المعروض منه وارتفع نتيجة قلة أو ندرة المعروض منه .

أيضا بالنسبة لمتوسط أسعار مخدر الأفيون ، فقد تذبذبت صعوداً وهبوطاً وفقاً للكميات المعروضة منه ، ففي عام ١٩٩١ بلغ متوسط سعر كيلو جرام الأفيون ٩٠٠٠ جنيه ، ثم ارتفع إلى ١٥٠٠٠ جنيه في عام ١٩٩٢ ، ثم انخفض إلى ١٢٥٠٠ جنيه عام ١٩٩٣ ، ثم ارتفع مرة أخرى إلى ٢٣٠٠٠ جنيه عام ١٩٩٤ ، وإلى ٢٧٥٠٠ جنيه عامي ١٩٩٥ ، ١٩٩٦ ثم تراجع متوسط السعر إلى ١٩٥٠٠ جنيه في عام ١٩٩٧ ، ثم قفز لأكثر من الضعف عام ١٩٩٨ حيث وصل متوسط سعر كيلو جرام الأفيون إلى ٤٢٥٠٠ جنيه ، ثم إلى ٤٤٤٠٠ جنيه عام ١٩٩٩ ، ثم تراجع متوسط السعر إلى ٣٥٥٥٠ جنيهاً عام ٢٠٠٠ ، وارتبط السعر أيضا بحجم المعروض من مخدر الأفيون .

بالنسبة لمتوسط أسعار مخدر الهيروين فقد بلغ متوسط السعر ١٥٠٠٠٠ جنيه للكيلو جرام في عام ١٩٩١ ، ثم انخفض في عام ١٩٩٢ إلى ١٢٥٠٠٠ جنيه، ثم قفز متوسط السعر إلى ٢٧٥٠٠٠ جنيه للكيلو جرام عام ١٩٩٣ ، ثم انخفض في عام ١٩٩٤ إلى ١٤٠٠٠٠ جنيه ، وعاد للارتفاع عام ١٩٩٥ حيث بلغ ٢٥٠٠٠٠ جنيه وواصل الارتفاع عام ١٩٩٦ فبلغ متوسط سعر كيلو جرام الهيروين ٣٥٠٠٠٠ جنيه ، ثم انخفض إلى ٢٢٥٠٠٠ جنيه في عام ١٩٩٧ و٢٣٥٠٠٠ جنيه في عام ١٩٩٨ ، وانخفض متوسط

السعر في عام ١٩٩٩ إلى ١٨٥٠٠٠ جنيه وارتفع إلى ٢٧٥٠٠٠ جنيه عام ٢٠٠٠ . ويلاحظ أيضا أن السعر تحدد وفقاً لقانون العرض والطلب بالنسبة للكميات المتاحة من مخدر الهيروين في أسواق الاتجار غير المشروع للمخدرات في مصر .

بالنسبة لمتوسط أسعار مخدر الكوكايين فقد بلغ متوسط سعر الكيلو جرام الواحد ٣٠٠٠٠٠ جنيه في عام ١٩٩١ ، وتراجع إلى ٢٣٠٠٠٠ جنيه في عامى ١٩٩٢ ، ١٩٩٣ ، وارتفع إلى ٥٥٠٠٠٠ جنيه في عام ١٩٩٤ ، ثم انخفض إلى ٤٥٠٠٠٠ جنيه أعوام ١٩٩٥ ، ١٩٩٦ ، ١٩٩٧ ثم ارتفع متوسط السعر إلى ٦٠٠٠٠٠ جنيه في عامى ١٩٩٨ ، ١٩٩٩ ، ثم واصل الارتفاع فوصل متوسط سعر الكيلو جرام منه إلى ٧٥٠٠٠٠ جنيه في عام ٢٠٠٠ . ويلاحظ أيضا أن السعر هنا ارتبط أيضا بالكميات المعروضة منه في أسواق الاتجار غير المشروع للمخدرات ، فارتفع مع قلة المعروض منه وقل مع زيادة المعروض منه .

بالنسبة لمتوسط أسعار مخدر البانجو فقد كانت ٨٠٠ جنيه للكيلو جرام في عام ١٩٩١ ، وارتفع إلى ١٠٠٠ جنيه للكيلو جرام عامى ١٩٩٢ ، ١٩٩٣ ، وواصل الارتفاع إلى ١١٠٠ جنيه عام ١٩٩٤ ، وإلى ١٢٠٠ جنيه عام ١٩٩٥ و١٢٥٠ جنيهاً عام ١٩٩٦ ، ثم تراجع متوسط السعر عام ١٩٩٧ إلى ١١٠٠ جنيه ثم إلى ٨٥٠ جنيهاً للكيلو جرام عام ١٩٩٨ ، ثم عاد للارتفاع إلى ١٣٠٠ جنيه عامى ١٩٩٩ ، ٢٠٠٠ . وهو مؤشر يدل على وجود مخدر البانجو بوفرة في أسواق الاتجار غير المشروع للمخدرات ، حيث أن متوسط السعر تراوح دائماً ما بين ٨٠٠ و ١٣٠٠ جنيه للكيلو جرام الواحد خلال الفترة محل الدراسة ، وهو سعر ضئيل مقارناً بأسعار باقى المخدرات الأخرى .

بالنسبة لمتوسط أسعار العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية فتكاد تكون ثابتة طوال الفترة محل الدراسة ، فقد كان متوسط سعر القرص ٧ جنيهات أعوام ١٩٩١ ، ١٩٩٢ ، ١٩٩٣ ، وارتفع إلى ٨,٥ جنيه عام ١٩٩٤ ، وانخفض إلى ٦ جنيهات عام ١٩٩٥ ، وارتفع إلى ٨ جنيهات في عام ١٩٩٦ ، وتراجع إلى ٦,٥ جنيه للقرص عام ١٩٩٧ ، وارتفع متوسط السعر إلى ٧ جنيهات عامى ١٩٩٨ ، ١٩٩٩ ، وواصل الارتفاع إلى ٨

جنيهات للقرص عام ٢٠٠٠ . وهو الأمر الذى يؤكد على أن العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية موجودة دائما بالأسواق كبديل لأى مخدر آخر يقل أو يندر فى أسواق الاتجار غير المشروع للمخدرات لرخص ثمنها وسهولة الحصول عليها من الصيدليات التى تفتقر إلى الرقابة .

بالنسبة لطوابع L.S.D المهلوسة فقد تبين أن متوسط سعر الطابع ثابت طوال السنوات التى ضبطت فيها كميات منها وهى أعوام ١٩٩٢ ، ١٩٩٥ ، ١٩٩٦ ، ١٩٩٧ ، ١٩٩٨ ، ٢٠٠٠ حيث بلغ متوسط سعر الطابع ١٢٥ جنيها وهو مؤشر على ثبات الكميات المتداولة فى سوق الاتجار غير المشروع للمخدرات تقريباً .

وبلغ متوسط سعر الإكستازى ١٠٠ جنيه للقرص عام ٢٠٠٠ ، وهو أول عام يتم فيه ضبط هذا النوع من أنواع الأقراص المخدرة .

بالنسبة لمخدر سائل الماكستون فورت فقد بلغ متوسط سعر السنتيمتر المكعب الواحد جنيهين فى عام ١٩٩١ و٥ جنيهات عام ١٩٩٢ ، ٤,٥ جنيه عام ١٩٩٣ و٥ جنيهات عام ١٩٩٤ و٤ جنيهات عامى ١٩٩٥ ، ١٩٩٦ و٤,٥ جنيه عام ١٩٩٧ ثم قفز متوسط السعر إلى ١٢ جنيها للسنتيمتر المكعب عامى ١٩٩٨ ، ١٩٩٩ ووصل إلى ٢٠ جنيهاً عام ٢٠٠٠ ، وهو مؤشر على تقلصه وندرته فى سوق الاتجار غير المشروع للمخدرات فى السنوات الأخيرة .

أما بالنسبة للزراعات المخدرة فقد ثبت متوسط سعر الكيلو جرام من إنتاج زراعات مخدر القنب " البانجو " عند ٣٠٠ جنيه طوال الفترة محل الدراسة . وبالنسبة لمتوسط سعر الكيلو جرام من إنتاج زراعات الخشخاش " الأفيون " فقد بلغ ٦٤٠٠ جنيه طوال سنوات ١٩٩١ ، ١٩٩٢ ، ١٩٩٣ ، ١٩٩٤ ثم قفز إلى ١٦٠٠٠ جنيه فى أعوام ١٩٩٥ ، ١٩٩٦ ، ١٩٩٧ ثم قفز إلى ٢٢٤٠٠ جنيه فى أعوام ١٩٩٨ ، ١٩٩٩ ، ٢٠٠٠ . وهذه الأسعار تمثل متوسط تكلفة الزراعة للكيلو جرام الواحد فى الأرض وربح المزارع بدون مصروفات نقل أو أرباح التجار وخلافه .

جدول رقم (٧)

قيمة المواد المخدرة المتداولة فى سوق الاتجار غير المشروع كل عام وكل مخدر على حده بالجنيه المصرى فى ج.م.ع خلال الفترة من (١٩٩١ -٢٠٠٠)

أ) المخدرات الطبيعية

السنة / البيان	الحشيش	الأفيون	الكوكايين	البانجو
١٩٩١	٦٩٧,١٩٠,٠٠٠	٤,٥٠٠,٠٠٠	١,٥٦٠,٠٠٠	٢٤٠,٠٠٠
١٩٩٢	٩٥٨,٢٠٠,٠٠٠	٧,٣٥٠,٠٠٠	٦٩٠,٠٠٠	٣,٣٠٠,٠٠٠
١٩٩٣	٥١٢,٤٠٠,٠٠٠	١١,٨٧٥,٠٠٠	٣,٢٢٠,٠٠٠	٥,٩٩٠,٠٠٠
١٩٩٤	٣٤٩,٠٠٠,٠٠٠	١١,٢٧٠,٠٠٠	٦,٦٠٠,٠٠٠	١٣,٩٤٨,٠٠٠
١٩٩٥	١٨٠,٦٠٠,٠٠٠	٣,٩٩٥,٠٠٠	٩٠٠,٠٠٠	٣١,٤٧٦,٠٠٠
١٩٩٦	٣٥٩,٦٢٥,٠٠٠	٤,٦٧٥,٠٠٠	٤,٠٥٠,٠٠٠	٨٢,٨٠٠,٠٠٠
١٩٩٧	٥٩,٦٧٠,٠٠٠	٦,٠٤٥,٠٠٠	٤,٠٥٠,٠٠٠	١١٢,٠٤٦,٠٠٠
١٩٩٨	١٢٥,٦٠٠,٠٠٠	١١,٠٥٠,٠٠٠	١١,٤٠٠,٠٠٠	٢٦٤,١٦٣,٠٠٠
١٩٩٩	٧,٤٨٨,٠٠٠	١١,١٠٠,٠٠٠	٤,٨٠٠,٠٠٠	٢٩٣,٦٥٧,٠٠٠
٢٠٠٠	١٢٨,١٠٠,٠٠٠	٢٦,٦٦٢,٥٠٠	١٠٧,٢٥٠,٠٠٠	٣٩٥,١٧٤,٠٠٠

ب) المخدرات التخليقية

السنة / البيان	الهيروين	العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية	سائل الماكستون فورت	أل . أس دى	الإكستازى
١٩٩١	١٢٩,٠٠٠,٠٠٠	٤,٠٧٣,٥٨٠	١٠,٧٢٨,٦٠٠		
١٩٩٢	٦٥,٠٠٠,٠٠٠	٢,٠١٢,٧١٠	١٤,٩٩٩,١٥٠	١,٢٩٦,٢٥٠	
١٩٩٣	٥٢٨,٠٠٠,٠٠٠	١١,١٥٦,٢٥٠	٧,٣٥٦,٣٣٠		
١٩٩٤	١٢١,٨٠٠,٠٠٠	١٢,٢٣٥,٩٢٠	٣,٢٤٥,١٠٠		
١٩٩٥	١٢٠,٠٠٠,٠٠٠	١٠,٧٢٨,٩٠٠	١,٦٣٥,٤٠٠	٥٠٧,٥٠٠	
١٩٩٦	١٧١,٥٠٠,٠٠٠	٣٣,٦١٢,٨٠٠	٧٩٥,١٢٠	٨٣٦,٢٥٠	
١٩٩٧	١١٤,٧٥٠,٠٠٠	٦,١٦٧,٢٦٥	٢,٠٩٢,٧٢٥	١٨,٧٥٠	
١٩٩٨	٥٦,٤٠٠,٠٠٠	٧٠,٤٠٥,٩٣٠	١,٨٤١,٧٦٠	٦٤٢,٥٠٠	
١٩٩٩	٤٤,٤٠٠,٠٠٠	٤٠,١٦٨,٢٤٠	٢,٢٨٢,٧٦٠		
٢٠٠٠	١٠١,٧٥٠,٠٠٠	٤,٥٦٦,٠٨٠	٢,٣٣٠,٠٠٠	٣٧٥,٠٠٠	٣,٣٧٢,٠٠٠

جـ) الزراعات المخدرة

السنة / البيان	القنب	الخشخاش
١٩٩١	١٢٦,٠٠٠,٠٠٠	٦٩٠,١٧٦,٠٠٠
١٩٩٢	٢٢٦,٨٠٠,٠٠٠	٩٢١,٦٠٠,٠٠٠
١٩٩٣	٥٠٤,٠٠٠,٠٠٠	٢٢,٧٠٨,٢٢٤,٠٠٠
١٩٩٤	٢,٤٦٩,٦٠٠,٠٠٠	٣٣,٨٤٧,٢٩٦,٠٠٠
١٩٩٥	١٥,٣٢١,٦٠٠,٠٠٠	١,٣٤١,٤٤٠,٠٠٠
١٩٩٦	١٦,٩٠٩,٢٠٠,٠٠٠	٢٦,٩٦٧,٠٤٠,٠٠٠
١٩٩٧	١٠,٨٨٦,٤٠٠,٠٠٠	٤,٧٨٢,٠٨٠,٠٠٠
١٩٩٨	٥,٨٣٠,٨٠٠,٠٠٠	١,٤٧٦,٦٠٨,٠٠٠
١٩٩٩	١٩,٠٥١,٢٠٠,٠٠٠	١,٥١٩,٦١٦,٠٠٠
٢٠٠٠	١٤,٣٨٩,٢٠٠,٠٠٠	١,٢٨٨,٤٤٨,٠٠٠

جدول رقم (٨)

إجمالى قيمة المواد المخدرة المتداولة فى سوق الاتجار غير المشروع

فى ج.م.ع خلال الفترة من (١٩٩١ - ٢٠٠٠)

السنة	القيمة بالجنيه المصرى
١٩٩١	١,٦٦٣,٤٦٨,١٨٠ جنيه (مليار وستمائة وثلاثة وستون وأربعمائة وثمانية وستون ألفاً ومائة وثمانون جنيها) .
١٩٩٢	٢,٢٠١,٢٤٨,١١٠ جنيه (ملياران ومائتان وواحد مليون ومائتان وثمانية وأربعون ألفاً ومائة وعشرة جنيهات) .
١٩٩٣	٢٤,٢٩٢,٢٢١,٥٨٠ جنيه (أربعة وعشرون مليارا ومائتان واثنتان وتسعون مليونا ومائتان وواحد وعشرون ألفاً وخمسمائة وثمانون جنيها)
١٩٩٤	٣٦,٨٣٤,٩٩٥,٠٢٠ جنيه (ستة وثلاثون مليارا وثمانمائة وأربعة وثلاثون مليونا وتسعمائة وخمسة وتسعون ألفاً وعشرون جنيها) .
١٩٩٥	١٧,٠١٢,٨٨٢,٨٠٠ جنيه (سبعة عشر ملياراًو اثنى عشر مليوناً وثمانمائة واثنان وثمانون ألفاً وثمانمائة جنيه) .
١٩٩٦	٤٤,٥٣٤,١٣٤,١٧٠ جنيه (أربعة وأربعون ملياراً وخمسمائة وأربعة وثلاثون مليوناً ومائة وأربعة وثلاثون ألفاً ومائة وسبعون جنيها) .
١٩٩٧	١٥,٩٧٣,٣١٩,٧٤٠ جنيه (خمسة عشر ملياراً وتسعمائة وثلاثة وسبعون مليوناً وثلاثمائة وتسعة عشر ألفاً وسبعمائة وأربعون جنيها) .
١٩٩٨	٧,٨٤٨,٩١١,١٩٠ جنيه (سبعة مليارات وثمانمائة وثمانية وأربعون مليوناً وتسعمائة وأحد عشر ألفاً ومائة وتسعون جنيها) .
١٩٩٩	٢٠,٩٧٤,٧١٢,٠٠٠ جنيه (عشرون ملياراً وتسعمائة وأربعة وسبعون مليوناً وسبعمائة وأثنا عشر ألف جنيه) .
٢٠٠٠	١٦,٤٤٧,٢٢٧,٥٨٠ جنيه (ستة عشر ملياراً وأربعمائة وسبعة وأربعون مليوناً ومائتان وسبعة وعشرين ألفاً وخمسمائة وثمانون جنيها)

ويلاحظ من الجدول السابق أن هناك تبايناً كبيراً فى قيمة المواد المخدرة المتداولة نتيجة التباين فى كميات المخدرات المضبوطة خلال الفترة محل الدراسة .

فبينما كان متوسط حجم الإنفاق على المواد المخدرة حوالى مليارى جنيه عامى ١٩٩١ و ١٩٩٢ ، بدأ حجم الإنفاق يتضاعف بصورة مذهلة منذ بداية عام ١٩٩٣ مع بداية انتشار زراعات القنب والخشخاش فى الأراضى المصرية ، وهو الأمر الذى أدى إلى زيادة حجم الإنفاق على المخدرات إلى أربعة وعشرين ملياراً عام ١٩٩٣ ، ثم إلى ما يقرب من سبعة وثلاثين ملياراً فى عام ١٩٩٤ ، ثم هبط حجم الإنفاق فى عام ١٩٩٥ إلى ثمانية عشر مليار جنيه ، ثم قفز مرة أخرى إلى ما يقرب من أربعين مليار جنيه فى عام ١٩٩٦ - وهى أعلى السنوات إنفاقاً على المخدرات نتيجة لضبط أكبر كميات من زراعات القنب والخشخاش فى تاريخ المكافحة - ثم هبط حجم الإنفاق إلى سبعة عشر مليار جنيه فى عام ١٩٩٧ ، ثم واصل هبوطه إلى ما يقرب من ثمانية مليارات فى عام ١٩٩٨ ، ثم صعد حجم الإنفاق مرة أخرى إلى ما يقرب من واحد وعشرين مليار جنيه فى عام ١٩٩٩ ، ثم انخفض إلى حوالى ستة عشر مليار جنيه فى عام ٢٠٠٠ .

ويرى الباحث أن هذا التفاوت فى حجم الكميات المضبوطة من المخدرات فى كل عام وبالتالى التفاوت الكبير فى قيمة الإنفاق على شراء المواد المخدرة ، يرجع إلى التغيير المستمر فى قيادات أجهزة المكافحة عاماً بعد عام ، وعدم وجود استراتيجية متكاملة مرنة ومستمرة لمكافحة العرض على المستوى القومى فى مصر .

ثانياً : التكاليف الاجتماعية (١) :

هى التكاليف الخارجية لتعاطى وإدمان المخدرات ويمكن تقسيمها إلى تكاليف ملموسة وأخرى غير ملموسة .

والتكاليف الملموسة هى تلك التكاليف التى لو وفرنا جزءاً منها ، لأسفرت عن موارد تتاح لبقية المجتمع لاستخدامها فى أغراض استهلاكية أخرى أو لأغراض استثمارية ، فمثلاً

(١) برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص ٦ .

يؤدى تخفيض تكاليف الرعاية الصحية العامة إلى توفير موارد يمكن الاستفادة بها فى ميادين أخرى من ميادين الإنفاق الحكومى مثل التعليم أو البحث العلمى ، ونظراً لوجود سوق للموارد المستخدمة فى هذه الميادين فمن الممكن تحديد سعر لها . وتتكون التكاليف الملموسة من :

١- تكاليف مكافحة الجريمة (١) :

هى التكاليف الخاصة بنفقات حفظ الأمن والإجراءات القضائية والإجراءات الجزائية التى يمكن أن تنسب بشكل مباشر أو غير مباشر بأنشطة إجرامية متصلة بالمخدرات ، وهذا البعد يعد من أصعب مجالات تحديد التكاليف التى يمكن أن تنسب للمخدرات كمياً .

لقد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أن تعاطى المخدرات يؤدى إلى السلوك المنحرف ويدفع للقيام بالجرائم اما لغياب الوعى أو عدم تقدير الأمور فى شكلها الصحيح أو للقيام بها بوعى كامل بهدف الحصول على المال لإشباع رغبته فى الحصول على المخدر . فمن خلال بحث أجرى على عينة قوامها ٤٪ من مجموع طلاب وطالبات الجامعات المصرية ، وإجراء التحليلات الإحصائية أمكن الكشف عن وجود ارتباطات إيجابية منتظمة وقوية بين ارتكاب جميع سلوكيات الانحراف مثل الشجار مع أحد الزملاء والسرقة وبين تعاطى المخدرات الطبيعية ، وكذلك التعاطى الطبى للأدوية النفسية وشرب الكحوليات (٢) .

ولقد أجريت عدة بحوث عن العلاقة بين التعاطى وارتكاب الجرائم ولكن فى حدود ما أسفرت عنه البحوث المنشورة من نتائج يزداد التأكد يوماً بعد يوم بوجود ارتباط إيجابى منتظم بين التعاطى والجريمة .

٢- تكاليف الرعاية الصحية (٣) :

وتنشأ تكاليف الرعاية الصحية من مجموعة من الحالات الطبية الناجمة عن إدمان وتعاطى المخدرات ، كما يؤدى انتشار تعاطى المخدرات انتشاراً وبائياً إلى زيادة كبرى فى

---

(١) المرجع السابق ، ص ٨ .

(٢) انظر : مصطفى سويف وآخرين ، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات : دراسة ميدانية فى الواقع المصرى ، المجلد السابع ، القاهرة ، ١٩٩٥ .

(٣) برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص ٨ .

تكاليف الرعاية الصحية .

وتتضمن تكاليف الرعاية الصحية تكاليف العلاج فى المستشفيات العامة ومستشفيات الأمراض النفسية والتكاليف الملازمة للحالات المرضية وخدمات سيارات الإسعاف ورعاية المرضى النزلاء ، وتكاليف الهيئات العلاجية ورعاية المرضى القادرين على الانتقال (أتعاب الأطباء وخلاف ذلك من خدمات مهنية) ، والعقاقير التى تصرف بمواصفات طبية وخلاف ذلك من تكاليف الرعاية الصحية (مثل المساعدات المنزلية ومعدات التأهيل) .

وتتضمن البيانات الملازمة تكاليف الإقامة بالمستشفيات وأتعاب الأطباء وتكاليف سائر الخدمات المهنية ، وعدد الحالات التى يفحصها الأطباء وفقاً للعمر والنوع ، تكاليف المواد الصيدلية المستخدمة لعلاج الحالات المتصلة بالمخدرات ، تكاليف البعثات الدراسية والتدريبية للأطباء فى الخارج .

٣- تكاليف الإنتاج :

لاشك أن تعاطى وإدمان المخدرات لابد وأن يحدث خسائر لدى القوى العاملة الأجيرة ، ولكن يمكن أن تحدث خسائر أيضا لدى القوى العاملة بلا أجر مثل العمل المنزلى والعمل التطوعى وأعمال المشاركة الشعبية . والعمل بلا أجر وان كان منتجاً إلا أنه لا يحسب فى إحصائيات الحسابات الوطنية التقليدية ، لكن ينبغى أن يؤخذ فى الاعتبار عند تقدير خسائر الإنتاج التى تنسب لتعاطى المخدرات ، فقد تؤثر الوفيات الناجمة عن تعاطى وإدمان المخدرات بالسلب على حجم قوة العمل وقد يرى البعض الاستفادة من العاملين العاطلين لسد هذه الثغرات ، ولكن من غير المؤكد أن مهارات هؤلاء البدلاء يمكن أن تقابل المهارات المفقودة نتيجة الوفيات الناجمة عن تعاطى وإدمان المخدرات ، أيضاً يمكن أن يؤدى التعاطى والإدمان إلى تخفيض الإنتاج ، نتيجة لزيادة التغيب أو انخفاض الإنتاجية فى العمل بسبب الحالات المرضية التى يسببها إدمان المخدرات وتعاطيه [١] .

---

(١) المرجع السابق ، ص ٦ .

ومما لا شك فيه ، أن إنتاج المخدرات واستهلاكها على نحو غير مشروع يؤدى إلى استنزاف جانب كبير من موارد الدولة كان يمكن استخدامها لأغراض إنتاجية أو استهلاكية بديلة ، كما يؤدى الاستيراد غير المشروع للمخدرات إلى امتصاص كميات من النقد الأجنبى على حساب استثمارات أو خدمات أخرى مشروعة ومهمة . كما أن مصروفات البحوث على التعليم والتثقيف والبرامج المتصلة بتعاطى المخدرات يمكن أن تحسب ضمن التكاليف الخاصة بمشكلة المخدرات .

وبتعبير آخر فان التكاليف الملموسة هى نفقات تتحملها أجهزة الدولة المعنية بمشكلة المخدرات مثل أجهزة وزارة الداخلية والصحة والشئون الاجتماعية والثقافة والإعلام والدفاع والمالية والعدل والخارجية والمراكز البحثية ... الخ .

أما التكاليف غير الملموسة فهى تكاليف إضافية ، يتحملها المجتمع علاوة على تكاليف الموارد الملموسة نتيجة تدنى العائد الفعلى من النشاط الاقتصادى والاجتماعى عن العائد القياسى بسبب تعاطى وإدمان المخدرات . فمثلاً ، تؤدى وفاة مدمنى أو متعاطى المخدرات مبكراً وهم لا يزالون فى سن العمل إلى انخفاض فعلى أو محتمل فى الإنتاج ، ولكن لا يشكل ذلك فى حد ذاته مجموع الخسارة التى

يتكبدها المجتمع . فتؤدى الوفيات من هذا النوع إلى معاناة الغير وإلى شعورهم بالفقدان . والمتعاطون أنفسهم مثل غالبية أفراد المجتمع ، يرون على الأرجح أن حياتهم أكثر قيمة من مجرد إنتاجهم .

وتعتبر مجتمعات عديدة أن الحياة أكثر قيمة بكثير ، والدليل على ذلك هو كثرة الموارد التى تكرس لإطالة الحياة ولتحسين نوعية حياة المواطنين الذين تجاوزوا سن التقاعد . وهى عكس التكاليف الملموسة حيث لا ينجم عن تخفيضها موارد يمكن تخصيصها لاستخدامات أخرى . ولكن تخفيض هذه التكاليف أمر ضرورى وبالغ الأهمية رغم أنها لا تدر فوائد يمكن إعادة توزيعها على آخرين فلا يوجد سوق لهذه الفوائد وبالتالى يصعب تحديد قيمة لها .

ويجب ألا يؤدى صعوبة تقييم التكاليف غير الملموسة إلى تجنب هذه التكاليف عند حساب الخسائر المادية والبشرية لتعاطى وإدمان المخدرات وأثرها على المجتمع ، لأن إهمال التكاليف غير الملموسة المرتفعة للتعاطى والإدمان مثل الوفاة والألم والمعاناة والتفكك الأسرى وفقد الأقرباء قد يؤدى إلى استنتاجات غير منطقية بحيث يمكن تفسير تعاطى وإدمان المخدرات بطريقة ما أنه فى الصالح العام ، على سبيل المثال يمكن أن تكون توفير تكاليف الرعاية الصحية للمدمنين والمتعاطين مدى الحياة اقل من تكاليف غير المدمنين والمتعاطين ، لأن العمر المتوقع للمدمنين وللمتعاطين أقل منه لغير المدمنين والمتعاطين ، وبالتالى يستفيدون من موارد المجتمع المخصصة للرعاية الصحية لفترة أقصر بكثير ، وهناك بعض الأدلة على أن ذلك قد ينطبق فى حالة المدخنين . وبالطبع فإن الاستنتاجات على هذا النحو هى استنتاجات افتراضية تبرز فقط حينما لا تكون التكاليف غير الملموسة فى الحسبان عند حساب التكاليف الاجتماعية (١) .

المبحث الثالث
الآثار السلبية لتعاطى المخدرات
على الفرد والأسرة والمجتمع

لا شك أن مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات تنطوى على تهديد حقيقى للمجتمعات التى تنتشر فيها ، ذلك بسبب تأثيرها البالغ على كافة نواحى النشاط الاجتماعى والاقتصادى ، وعلى العنصر البشرى من النواحى الصحية والعقلية والنفسية والاجتماعية ، وكذلك أسرته التى سوف تتضرر من إدمانه . ولذا سوف يتم التركيز فى الفقرة التالية ، على الآثار السلبية الاجتماعية والاقتصادية لتعاطى المخدرات على الفرد والأسرة والمجتمع (٢) .

(١) المرجع السابق ، ص ٨ .
(٢) أنظر : مصطفى عبد الحميد صفوره ، الجانب المنهجى فى إجراء لبحوث الوبائية لتعاطى المخدرات ، نموذج لدراسة أجريت على طلاب المدارس الثانوية للبنين بالقاهرة بحث مقدم إلى مؤتمر دور المجتمع فى معالجة مشكلة الإدمان ، الأقصر ، مارس ، ١٩٨٠ .

أولاً: الآثار السلبية الاجتماعية:

تتكون المخدرات بجميع أنواعها وأشكالها من مواد فعالة ومؤثرة تأثيراً خطيراً على المتعاطى أو المدمن ، فهى تضر به صحياً وعقلياً ونفسياً ، فقد اتجهت دراسات قليلة نحو إظهار هذه الآثار ، فمن الناحية البيولوجية والصحية انتهت دراستان أجريتا عام ٨٧ ، ٨٨ على مجموعات من المرضى الذكور المدمنين للهيروين ، بلغ عددهم فى الدراسة الأولى ٣٠ مدمناً وفى الثانية ٣١ مدمناً مقارنة بمجموعة من غير المتعاطين . وكان أهم ما انتهت إليه الدراستان ما يلى :

- يؤثر الهيروين على وظائف الغدة النخامية والتناسلية ، يحدث خللا فى التركيب الهرمونى المرتبط بالوظائف الجنسية ، يحدث انخفاض ملحوظ للمدمن فى مستوى هرمون الغدة الدرقية [1] . ونظراً لاختلاف الأثر العضوى والنفسى لنوع المخدر ، الذى يتم تعاطيه ، فإنه من الأهمية بمكان استعراض التأثير السلبى لبعض أنواع المخدرات على الفرد ، وذلك على النحو التالى :

١ - التعاطى والفرد :

للمخدرات آثار عضوية ونفسية على شخص المتعاطى تختلف باختلاف نوع المخدر وكمه .

فالحشيش يعتبر من المواد المهبطة للجهاز العصبى المركزى عند تعاطيه بكميات قليلة ، وفى حالة تعاطيه بكميات كبيرة يؤدى إلى تأثير مماثل لتأثير المهلوسات ويؤدى إلى حدوث إدمان نفسى ، ولكنه لا يحدث إدماناً جسدياً . وتعاطى الحشيش يشوش الإدراك الحسى للزمان والمكان ، ويؤدى إلى تغيير فى المزاج وعدم القدرة فى الحكم على الأشياء بطريقة صحيحة حيث تختل أحجام وأشكال المرئيات وكذلك المسافات ، ويمر الزمن ببطء شديد بالنسبة للمتعاطى ، يشعر بأن الزمن قد توقف وتختل الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة وكذلك الانتباه والتركيز ، فيبدأ المتعاطى بجملة معينة ثم ينسى البداية

(١) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المسح الشامل لظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، ٢٠٠٠ ، ص ١٤ - ١٥ .

قبل أن يتم الجملة ، وتؤكد الاختبارات النفسية التى تجرى فى المختبرات هذه الانطباعات مثل حساب المسافات ومتابعة الهدف المتحرك .. الخ . وينزلق المتعاطى فى الخيال والتخيل مع ازدياد الجرعة فيخطئ فى تفسير ما يدركه بالحواس ثم تعتريه الهلوسات البصرية والسمعية المصحوبة بشعور بأنه توصل إلى حقائق وبواطن الأمور وتشبه هذه الهلوسات ما يشعر به الشخص العادى قبل النوم مباشرة أو عند استعادته الوعى بعد مخدر عام .

وتؤدى الجرعة الواحدة لمن يتعاطى الحشيش لأول مرة إلى النعاس ثم النوم، وقد يسبب الحشيش آثاراً مزعجة لبعض الأشخاص ممن يتعاطون لأول مرة ، فيشعر بفقدان السيطرة على النفس وانعدام الزمن بسبب عدم الارتياح والقلق الشديد والشعور بأنه موشك على الموت ، وقد يساعد على ظهور هذه الأعراض سرعة النبض التى يسببها الحشيش ، ومن آثاره احمرار العينين بسبب تمدد الأوعية الدموية وانخفاض ضغط الدم وسرعة دقات القلب التى قد تؤدى إلى هبوط فى الأشخاص المصابين بأمراض القلب كما يتعرض مدمن الحشيش إلى أضرار التدخين الأخرى كأمراض القلب والأوعية الدموية وسرطان الرئة وتنتج هذه الأعراض من السجائر ومحتوياتها كالنيكوتين والقطران وأول أكسيد الكربون كما تحدث بسبب مادة الحشيش نفسها .

والأفيون ومشتقاته من المواد المنبهة والمهبطة للجهاز العصبى المركزى فى آن واحد ويؤدى تعاطيه إلى الإدمان النفسى الشديد والإدمان الجسدى المبكر فهى تسكن الألم وتضعف التنفس والسعال وتسبب الاسترخاء والهدوء والشعور بالنشوة وبالاكتئاب وانحراف المزاج فى أحيان أخرى ، كما أنها تسبب النعاس والنوم وأحيانا يصاب من يتعاطى المورفين بالهياج العصبى الشديد ، والغثيان والقىء وانكماش بؤبؤ العين والتشنجات فى أحوال نادرة [١] كما تسبب هذه المواد تقلص عضلات المعدة والأمعاء فيؤدى ذلك إلى بطء مرور الطعام فى المعدة والإمساك وتقلص عضلات القنوات المرارية والشعب الهوائية وعضلات الحالبين .

---

(١) الأمم المتحدة ، التعرف على المواد المخدرة والمواد النفسية للمدمنين ، ١٩٧٥ ص ١٥ .

والمورفين هو أحد مشتقات الأفيون وله استخدامات طبية هامة مثل تسكين الآلام العضوية والنفسية التى تصاحب جلطة القلب والصدمة الناتجة عن الجروح الشديدة والنزيف والقيء الدموى والإسهال والسعال واضطراب التنفس الناتج عن فشل البطين الأيسر للقلب ولإحداث الشعور بالراحة فى مرض السرطان المستعصى فى أدواره الأخيرة ومن آثاره القيء وإفراز العرق بغزارة وحكة الجلد وبطء نبض الدم.

والكوكايين يعتبر من المواد المنشطة للجهاز العصبى المركزى وتعاطيه يؤدى إلى حدوث إدمان نفسى واضح مع عدم حدوث إدمان جسدى وله تأثير ضار جدا وعميق على الصحة ونادراً ما يستعمل لسنوات طويلة لأنه يؤدى إلى الموت حيث يسبب الكوكايين التأثير الموضعى عند ملامسته للجلد أو الأنسجة المخاطية ، ويسبب الكوكايين توقف الإشارات الكهربائية فى الأعصاب الطرفية ، ويؤدى إلى اتساع بؤبؤ العين وانكماش الأوعية وسرعة النبض وعدم انتظامه . كما يؤدى إلى تنبيه الجهاز المركزى فيسبب كثرة الحركة والكلام وعدم القدرة على الاستقرار ثم رجفة اليدين والساقين ثم الهياج العصبى والشحوب وتصبب العرق البارد وسرعة التنفس وزرقة الجلد ثم النوبات الصرعية .

أما البانجو فيدخل ضمن مجموعة المواد المهلوسة التى تتضمن مواد مخدرة أخرى كثيرة والتى تسبب لمتعاطيها الهلوسة حيث يشاهد رؤى أشبه بالأحلام ويرى أشباحا تتحرك أمامه . وله نفس التأثيرات الناجمة عن تعاطى مخدر الحشيش السابق ذكرها وقد أكدت البحوث العلمية أن تعاطى البانجو أو القنب على اختلاف أشكال تعاطيه سواء بالتدخين أو غيره يؤدى بالضرورة إلى حدوث تلف فى خلايا المخ المسئولة عن الذاكرة ، وعلى المدى الطويل يفقد المدمن ذاكرته. ومن هنا يمكن القول أن البانجو نفسه هو الحشيش المخدر ولكن تزداد أضراره بسبب استعمال الأوراق الجافة لنبات القنب مباشرة ، ولذلك يكون تأثيرها على خلايا المخ أشد فيؤدى إلى تدميرها على المدى الطويل من التعاطى .

وبالنسبة للمخدرات نصف التخليقية كالهيروين والديلوديد والأتروفين يلاحظ على مدمنها اضطراب فى تصرفاته وعواطفه وردود أفعاله ، وفقد شهيته للطعام وشراهته للتدخين ، مع شحوب الوجه وفقدان الوزن ، ويلاحظ ميله للكذب أغلب الأحيان

والاكتئاب والانعزال عن الناس ، وعدم قدرته على أداء أقل الأعمال . وعند انقطاعه عن تعاطيها بالجرعات المعتادة يصاب بإسهال ، مع رشح بالأنف وعرق غزير وكذا الشعور بالآم مبرحة بكل الجسد وعدم القدرة على الحركة ، والرغبة فى حك بعض أجزاء الجسم (الهرش) ، والوهن والهزال والاضطراب والضعف العام .

أما العقاقير التخليقية فلها تأثيرات خطيرة على متعاطيها فهى تسبب إدمانا نفسياً وجسديا أو عند الانقطاع عن تعاطى بعضها تحدث اضطرابات عصبية وعدم القدرة على التحكم فى التحرك العضلى ، والإصابة بتشنجات تعقبها اضطرابات نفسية قد تؤدى إلى الوفاة [١] . والانقطاع عن تعاطى البعض الآخر يؤدى إلى التوتر العصبى والأرق والهلوسة والاختلال العقلى ، حيث تؤدى هذه العقاقير إلى ظهور السلوك العدوانى والهياج بدلاً من السكينة فى بعض المرضى ، وتسبب النسيان وقد تؤدى إلى فقدان الذاكرة .

٢ - التعاطى والأسرة :

فيما يتعلق بآثار التعاطى والإدمان فقد أجريت دراسة عام ١٩٩٠ على المدمنين المترددين على المستشفيات وعيادات الإدمان بالإسكندرية ، وأخرى أجريت عام ١٩٩٣ على عينة من الشباب وقد انتهت الدراستان إلى مجموعة من النتائج أهمها :

- تصاب أسرة المدمن بالتفكك والانهيار وتسود بينها الخلافات والتوتر والقلق .
- يصبح المدمن إنسانا كسولاً ، مهملاً ، ضعيف الإنتاجية غير مسئول وغير ملتزم بالقواعد الأخلاقية داخل الأسرة وخارجها .
- يلجأ المدمن والمتعاطى للأعمال غير المشروعة للحصول على المال الذى يوفر له المخدر من أسرته أو من غيرها .
- يصبح المدمن شخصاً منعزلاً عن أسرته والمجتمع المحيط به .
- يشكل المدمن المتعاطى عبئاً مادياً ومعنوياً على أسرته وعلى المجتمع ككل [٢] .

---

(١) الأمم المتحدة ومراقبة العقاقير ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٩ .

(٢) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المسح الشامل لظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٦ .

٣ - التعاطى والجريمة :

كثيراً ما يؤدى تعاطى المخدرات إلى القيام بالجريمة إما لغياب الوعى وعدم تقدير الأمور فى شكلها الصحيح أو للقيام بها بوعى تام للحصول على المال لإشباع رغبته فى الحصول على المخدر أو قد يؤدى إلى تعرض المتعاطى لأحد حوادث الطريق .

فمن خلال بحث أجرى على عينة قوامها ٤٪ من جمهور طلاب وطالبات الجامعات المصرية ، وإجراء التحليلات الإحصائية ، أمكن الكشف عن وجود ارتباطات إيجابية قوية بين ارتكاب جميع سلوكيات الانحراف ، كالشجار مع أحد الزملاء والسرقة وبين تعاطى المخدرات الطبيعية وكذلك التعاطى غير الطبى للأدوية النفسية وشرب الكحوليات .

وفى دراسة أخرى حول سلوكيات تعاطى القنب عند ٨٥٠ متعاطياً من الرجال محكوم عليهم بالسجن لمدد مختلفة كعقوبة لجريمة التعاطى ، بالمقارنة بمجموعة من غير المتعاطين تضم ٨٣٩ رجلاً من نزلاء السجون المصرية لقضاء أحكام صدرت ضدهم كعقوبات على جرائم أخرى ، تبين أن ٥,٧٪ من المتعاطين فى مقابل ١٣,٥٪ من غير المتعاطين ، كانت لهم سوابق إجرامية سبقت ارتكاب الجريمة الأخيرة . ويعتبر الفرق بين هاتين النسبتين المئويتين فرقاً جوهرياً بلغة التحليل الإحصائى إذ أنه يشير إلى فرق حقيقى فى الاتجاه نفسه بين جمهور المتعاطين وغير المتعاطين الذين يتعرضون للوقوع فى قبضة رجال القانون ومعنى هذه النتيجة أن متعاطى القنب أقل إجراماً من سائر المجرمين ، ولكن هذا لا يعنى أنهم دون سجلات إجرامية .

والخلاصة أن موضوع العلاقة بين تعاطى المخدرات وارتكاب الجرائم موضوع معقد ، وقد أجريت فيه عدة بحوث ولا يزال فى انتظار المزيد ، ولكن فى حدود ما أسفرت عنه البحوث المنشورة من نتائج يزداد التأكد يوماً بعد يوم من وجود ارتباط إيجابى منتظم بين التعاطى والجريمة (١) .

ولكن هل يرتكب المتعاطى دائما جريمة ؟ ذلك افتراض ربما يصعب إثباته ، وإلا

(١) مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سبق ذكره ، ص١٦٤ - ١٦٨ .

أودع كل المتعاطين والمدمنين فى السجون . المشكلة إذن تحتاج إلى تحديد مؤشرات يمكن وفقا لها إجراء عمليات القياس ، لإثبات صحة هذا الفرض من عدمه أو على الأقل تحديد تفسيرات أكثر إقناعا للعلاقة الارتباطية بين التعاطى والجريمة .

وفى سبيل ذلك سعى عدد من الدارسين إلى التفرقة بين جرائم العنف وأخرى لا تقترن بالعنف ، الذين يسود اتفاق بينهم على أن جرائم العنف ترتبط بإدمان الكحوليات والأفيون ومشتقاته كالمورفين والهيروين ، أما تعاطى الحشيش بانتظام لمدة طويلة فقد لا تقترن به الجرائم التى تنطوى على عنف كالتزوير والتزييف والسرقة .

٤ - التعاطى وحوادث الطريق :

يلفت الباحثون النظر بشدة إلى التفرقة بين جرائم ترتكب تحت تأثير المخدر نفسه ، وأخرى ترتكب تحت تأثير الحرمان من مخدر أدمنه الشخص وذلك بدافع اللهفة للحصول على المخدر[١] . وإذا كان هناك علاقة بين التعاطى والجريمة ، فإن تلك العلاقة تظهر أيضاً بين حوادث الطريق والتعاطى .

ويعتبر من أهم البحوث المبكرة نسبيا فى هذا الصدد بحث سمبسون **Simpson** حول وبائيات حوادث الطريق التى يتورط فيها الشباب ، دور الكحوليات والمخدرات وعوامل أخرى " ولقد بين هو وزملاؤه مدى تدخل الكحول فى هذه الحوادث وانتقل الباحثون بعد ذلك إلى عرض لنتائج فحص حالات إصابات سائقى المركبات التى لم تنته بهم إلى الوفاة ، كذلك أوضحت النتائج إلى أنه أمكن الكشف عن وجود الكحول فى ٢٨٪ من الحالات المصابة . وتضم هذه النسبة كل من أثبت الفحص وجود الكحول فى دمه بغض النظر عن ارتفاع أو انخفاض التركيز عن المسموح به قانونياً ومعنى ذلك أن هناك اقترانا واضحاً بين انخفاض نسبة الكحول فى الدم واحتمالات انخفاض خطر الإصابة بحيث تصبح غير قاتلة . ثم اتجه الباحثون بعد ذلك إلى إلقاء الضوء على إسهام سائر المخدرات فى وقوع الحوادث لقائدى المركبات . وجاءت نتائج هذا البحث على الوجه التالى :

---

(١) المرجع السابق ، ص ١٦٩ .

أنه بفحص ٤١٪ من الحالات تبين وجود كحول فقط فى دمائهم ، وفى ١٤٪ تبين وجود الكحول مع مواد نفسية أخرى ، وفى ١٢٪ من الحالات تبين وجود المخدرات أو المواد النفسية الأخرى دون الكحول ، وفى الوقت نفسه تبين أن نحو ٣٣٪ فقط من المصابين هم الذين كانوا يقودون مركباتهم دون أى تعاط للكحوليات أو لأى مادة إدمانية ، وفيما يتعلق بالمخدرات فقد جاءت على النحو التالى : ١٢٪ من الضحايا وجدت فى دمائهم آثار الحشيش ، ٣٪ فاليوم ، ٢٪ كوداييين من (مشتقات الأفيون) ، كذلك تبين أن الحشيش كان هو الموجود وحده تقريبا فى دم الضحايا صغار السن من (١٥ سنه - ٢٩ سنه) [١].

مما سبق يتضح أن الآثار السلبية التى يمكن أن يتعرض لها المتعاطى أو المدمن يمكن أن تصيبه وتصيب أسرته فى نفس الوقت ، سواء كان ابنا أو رب أسرة ، فقد يكون من أحد نتائج تعاطيه الإصابة بالمرض واعتلال الصحة ومن ثم العجز عن العمل ، ومن ثم تفقد أسرته الموارد اللازمة لبقاء الحياة ، بل قد يصبح عالة على زوجته أو الوالدين ، ولذا .. فإن النتائج المصاحبة لذلك هى التفكك الأسرى وانحدار القيم طالما أن هناك غياباً لدور الأب تحت وطأة تأثير المخدرات ، الأمر الذى ينعكس على المجتمع الأكبر فى سيادة القيم السلبية وزيادة العنف والجريمة وغياب الاستقرار الاجتماعى .

ثانياً : الآثار السلبية الاقتصادية :

ونتعرض للآثار السلبية الاقتصادية من خلال محورين :

المحور الأول : المخدرات والاقتصاد القومى .

المحور الثانى : التنبؤ بالإنفاق على المخدرات حتى عام ٢٠١٠ .

وسوف نتناول بشىء من التفصيل علاقة مشكلة المخدرات بالاقتصاد القومى وتأثيرها السلبى عليه ، ثم نستعرض قيمة الانفاق على شراء المواد المخدرة المتوقع لمدة السنوات العشر التى تلى السنوات محل الدراسة . ما لم يتم اتخاذ إجراءات فاعلة فى القضاء على المشكلة أو الحد منها .

---

(١) برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤ .

١- المخدرات والاقتصاد القومى (١) :

لا شك أن مشكلة انتشار المخدرات في مصر باتت من أخطر المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التى تهدد كيان الوطن ومستقبله ، وأصبحت تضيف مزيداً من الآثار الاقتصادية السلبية على الاقتصاد القومى والتنمية الاقتصادية حيث تستنزف جزءاً كبيراً من موارد المجتمع ومدخراته كان من الممكن أن توجه إلى مجالات أنفع للاستثمار ما لم تظهر هذه المشكلة . فى الوقت الذى يعانى فيه الاقتصاد المصرى من العديد من المشكلات الاقتصادية والتى تبدو بصورة واضحة فى انخفاض معدلات الادخار والاستثمار وزيادة مشكلة البطالة وكذلك زيادة العجز فى ميزان المدفوعات بالإضافة إلى عدم كفاية موارد النقد الأجنبى مما أدى إلى تخفيض قيمة العملة الوطنية أكثر من مرة ، وانخفاض حصيلة الصادرات مقارنةً بالمدفوعات عن الواردات ، الأمر الذى يخلف عجزاً فى الميزان التجارى بالإضافة إلى انخفاض معدل النمو والأداء الاقتصادى .

وللتأكد من خطورة وحجم المشكلة نقوم برصد الموارد المالية الموجه إلى الانفاق على المخدرات بنسبتها إلى بعض المتغيرات الاقتصادية كما يوضحها الجدول التالى ومنه نلاحظ الآتى :

- مثل الانفاق على شراء المخدرات فى سوق الاتجار غير المشروع ٢١٪ من إجمالى الناتج المحلى فى عام ١٩٩٤ ، و١٩,٤٪ فى عام ١٩٩٦ ، ١٥,٤٪ فى عام ١٩٩٣ ، ثم تراوح هذا الانفاق ما بين ١,٤٪ و ٨,٣٪ من الناتج المحلى الإجمالى خلال السنوات المختلفة فى الفترة ما بين ١٩٩٣ - ٢٠٠٢ وقد بلغت نسبة الانفاق أعلى مستوى لها فى عامى ١٩٩٠ ، ١٩٩٤ وهى بلا شك نسب مرتفعة كان يمكن الاستفادة منها بتوجيهها إلى مجالات أنفع وأجدى لخدمة أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

- أما فيما يتعلق بنسبة الانفاق على شراء المخدرات بالنسبة لإجمالى الادخار المحلى نلاحظ أن الانفاق على شراء المخدرات زاد عن الادخار المحلى فى بعض السنوات .

---

(١) نادره وهدان ، الآثار الاقتصادية والاجتماعية للإنفاق على المخدرات فى ج . م . ع ، معهد التخطيط القومى ، بحث تحت النشر ، القاهرة ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٥ - ٢٧ .

ففى عام ١٩٩٦ زاد حجم الانفاق على شراء المخدرات عن إجمالى قيمة الادخار المحلى بما يزيد عن مرة ونصف وقارب على المرة ونصف عام ١٩٩٤ ، بينما تراوح ما بين ٨,٩٪ إلى ٩٣,٥٪ من الادخار المحلى الإجمالى خلال السنوات الباقية ، حيث بلغت النسبة أدنى مستوى لها فى عام ١٩٩٨ وأعلى مستوى لها ١٩٩٦ .

ففى الوقت التى تحاول فيه الدولة تعبئة الموارد المحلية وتوسيع قنوات الادخار وذلك لرفع معدلات الادخار المحلى الإجمالى لتمويل الاستثمارات اللازمة لعملية التنمية الاقتصادية ورفع معدلات النمو الاقتصادى لمواجهة العديد من المشكلات الاقتصادية ومن أهمها مشكلة البطالة نلاحظ أن المجتمع ينفق ما يساوى أو يزيد أو يقل عن قيمة الادخار .

ففى بعض السنوات تعدى الانفاق على شراء المخدرات بمقدار مرة ونصف عن إجمالى قيمة الادخار المحلى . فالاقتصاد القومى يحتاج إلى رفع معدلات الادخار إلى ما بين ٢٠ ، ٢٥٪ من الناتج المحلى الإجمالى ورفع معدلات الاستثمار إلى ما بين ٣٣٪ ، ٣٥٪ من الناتج المحلى الإجمالى لكى يحقق معدلات نمو تتراوح ما بين ٧ ، ٨٪ وذلك للإسراع بمعدلات النمو والتخلص من العديد من المشكلات القائمة .

وعلى ذلك فإن توجيه ما ينفق على شراء المخدرات يمكن أن يرفع من معدلات الادخار المحلى الإجمالى ، فمثلاً فى عام ١٩٩٤ إضافة المنفق على شراء المخدرات إلى الناتج المحلى الإجمالى يرفع نسبة الادخار إلى ٣٥٪ ، وكذلك فى عام ١٩٩٦ تبلغ النسبة ٣٢٪ من الناتج المحلى الإجمالى وإن كانت تقل فى السنوات الأخيرة إلا أنها ترفع النسبة بمعدلات لا بأس بها .

- وفيما يتعلق بنسبة الانفاق على شراء المخدرات فى سوق الاتجار غير المشروع إلى الاستثمار المحلى الإجمالى نجد أن نسبة الانفاق على شراء المخدرات قد بلغت مرة وثلث للاستثمار المحلى الإجمالى عام ١٩٩٤ وأكثر من مرة والربع تقريباً عام ١٩٩٦ ، ثم تراوحت هذه النسبة ما بين ٦,١ و٤٨,٦٪ من الاستثمار المحلى الإجمالى فى باقى السنوات ، ومن ثم فإن الانفاق على شراء المخدرات يمثل نسبة عالية من الاستثمار المحلى الإجمالى .

- مثلت نسبة الانفاق على المخدرات فى سوق الاتجار غير المشروع نسبة عالية من الصادرات السلعية خلال الفترة ، فقد بلغت نسبة الإنفاق على شراء المخدرات ما يقرب

من أربع مرات قيمة الصادرات السلعية عام ١٩٩٦ وثلاث مرات وربع عام ١٩٩٣ وما يقرب من المرتين عام ١٩٩٩ وما يزيد عن قيمة الصادرات عام ٢٠٠٠ وعام ١٩٩٦ ثم تراوحت النسبة ما بين ١٣,٦ ، ٩٦,٧٪ من إجمالى قيمة الصادرات السلعية فى باقى سنوات الفترة .

جدول رقم (٩)

نسبة الانفاق على المخدرات إلى بعض المتغيرات الاقتصادية (القيمة بالمليار جنيه)(١)

السنوات	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
الإنفاق على المخدرات (١)	٢٤,٣	٣٦,٨	١٨	٤٤,٥	١٧	٧,٨	٢١	١٦,٤
الناتج المحلى (٢)	١٥٧,٣	١٧٥	٢٠٤	٢٢٩,٤	٢٥٦,٣	٢٨٠,٢	٣٠٢,٤	٣٣٦,٥
الادخار المحلى (٣)	٢٦	٢٦,١	٣١	٢٩	٤٠	٤٣	٥١	٥٨
الاستثمار المحلى (٤)	٢٥	٢٨	٣٥	٣٨	٥٦	٧٢	٧٧	٨٠
الصادرات (٥)	٧,٦	١١,٨	١١,٧١٢	١٢	١٣,٣	١٠,٦	١٢,١	١٦,٣
التحويلات (٦)	٢٤	١٠,٩	١٠,٩	٩,٥	١١,٢	١٢,٦	١٢,٩	١٣,٧
(٢) / (١)	١٥,٤	٢١	٨,٨	١٩,٤	٦,٦	٢,٨	٦,٩	٤,٩
(٣) / (١)	٩٣,٥	١٤١	٥٨,١	١٥٣,٤	٤٢,٥	١٨,١	٤١,٢	٢٨,٨
(٤) / (١)	٩٧,٢	١٣١,٤	٥١,٤	١١٧,١	٣٠,٤	١٠,٨	٢٧,٣	٢٠,٥
(٥) / (١)	٣١٩,٧	٣١١,٩	١٥٣,٧	٣٧٠,٨	١٢٧,٨	٧٣,٦	١٧٣,٦	١٠٠,٦
(٦) / (١)	١٠١,٣	٣٣٨,٢	١٦٥,٤	٤٦٧,٤	١٥١,٥	٦٢	١٦٢,٥	١١٩,٥

من الجدول السابق يمكن أن نستنتج النتائج الآتية :

- خفض معدلات الادخار ومن ثم خفض معدلات الاستثمار الأمر الذى يترتب عليه خفض معدلات النمو الاقتصادى .

---

(١) المصدر : صندوق النقد الدولى ، الكتاب الإحصائى السنوى ، ٢٠٠٣ ، وزارة التجارة الخارجية ، النشرة الاقتصادية ، يناير ٢٠٠٣ .

- انخفاض إنتاجية الأفراد المتعاطين للمخدرات ، فالمخدرات تؤثر على الجهد المبذول ذهنياً كان أو بدنياً . ووجود المدمن بالسجن يجعل منه طاقة إنتاجية معطلة.

- تؤدى ظاهرة المخدرات إلى إساءة تخصيص موارد الدولة فجلب المخدرات وتهريبها يتطلب توفير نقد أجنبى يتم الحصول عليه من المعروض منه سواء لدى الأفراد أو المصارف أو الصيارفة ، ويساهم ذلك فى زيادة الطلب عليه ومن ثم انخفاض سعر صرف العملة الوطنية وما يستتبعه من زيادة تكلفة الاستيراد وارتفاع الأسعار فى الداخل إلى غير ذلك من الآثار الاقتصادية الناجمة عن تخفيض قيمة العملة .

- تحمل الاقتصاد أعباء كثيرة تتمثل فى النفقات التى تتحملها الدولة فى مكافحة هذه الجريمة والوقاية منها وعلاجها .

٢- التنبؤ بالانفاق على المخدرات حتى عام ٢٠١٠ :

بناء على سلسلة البيانات عن الانفاق على شراء المخدرات فى سوق الاتجار غير المشروع أمكن تقدير الإنفاق على المخدرات خلال السنوات العشر القادمة ، كما يوضحها الجدول رقم (١٠) .

من الجدول يتضح أن الانفاق على شراء المخدرات فى سوق الاتجار غير المشروع يصل إلى ٢٣,٧ مليار جنيه عام ٢٠٠١ و٢٤,٦ مليار جنيه عام ٢٠٠٢ و٢٥,٥ مليار جنيه عام ٢٠٠٣ و٢٦,٤ مليار جنيه عام ٢٠٠٤ و٢٧,٣ مليار جنيه عام ٢٠٠٥ ويصل إلى ٢٨,٢ مليار جنيه عام ٢٠٠٦ و٢٩ مليار جنيه عام ٢٠٠٧ ، كما يصل إلى ٣٠ مليار جنيه عام ٢٠٠٨ و٣٠,٩ مليار جنيه عام ٢٠٠٩ ، كما يصل إلى ٣١,٨ مليار جنيه عام ٢٠١٠ .

وذلك على فرض بقاء الظروف على ما هى عليه من أساليب المكافحة وطرق الضبط وطبيعة المستهلكين وعاداتهم ، أما إذا اختلفت الظروف فإن التقديرات تتغير فقد تزيد أو تقل عن هذه التقديرات .

ومهما يكن من أمر فإن ما ينفقه المجتمع على المخدرات تعتبر أموال مهدرة يمكن الاستفادة بها فى تمويل الاستثمار لرفع معدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

جدول رقم (١٠)

تقدير الانفاق على المخدرات حتى عام ٢٠١٠

السنوات	الانفاق على المخدرات بالجنيه المصرى
٢٠٠١	٢٣,٧٠٧,٢٩٥,٨٨٤
٢٠٠٢	٢٤,٦٠٥,٥٢٤,٢٢٠
٢٠٠٣	٢٥,٥٠٣,٧٥٢,٥٥٦
٢٠٠٤	٢٦,٤٠١,٩٨٠,٨٩١
٢٠٠٥	٢٧,٣٠٠,٢٠٩,٢٢٧
٢٠٠٦	٢٨,١٩٨,٤٣٧,٥٦٣
٢٠٠٧	٢٩,٠٩٦,٦٦٥,٨٩٩
٢٠٠٨	٢٩,٩٩٤,٨٩٤,٢٣٥
٢٠٠٩	٣٠,٨٩٣,١٢٢,٥٧١
٢٠١٠	٣١,٧٩١,٣٥٠,٩٠٦

نخلص مما سبق إلى أن الانفاق على المخدرات فى سوق الاتجار غير المشروع ذو أثر سلبى على الاقتصاد القومى ، حيث يؤدى إلى تبديد جزء كبير من موارد المجتمع ، وهذا الجزء قد مثل ما بين ١,٤ ، ٢١٪ من الناتج المحلى الإجمالى .

- كما أنه مثل ما بين ٨,٩ ، ١٥٣,٤٪ من الادخار المحلى الإجمالى خلال الفترة محل الدراسة .

- وكذلك مثل ما بين ٦,١ ، ١٣١,٤٪ من الاستثمار المحلى الإجمالى .

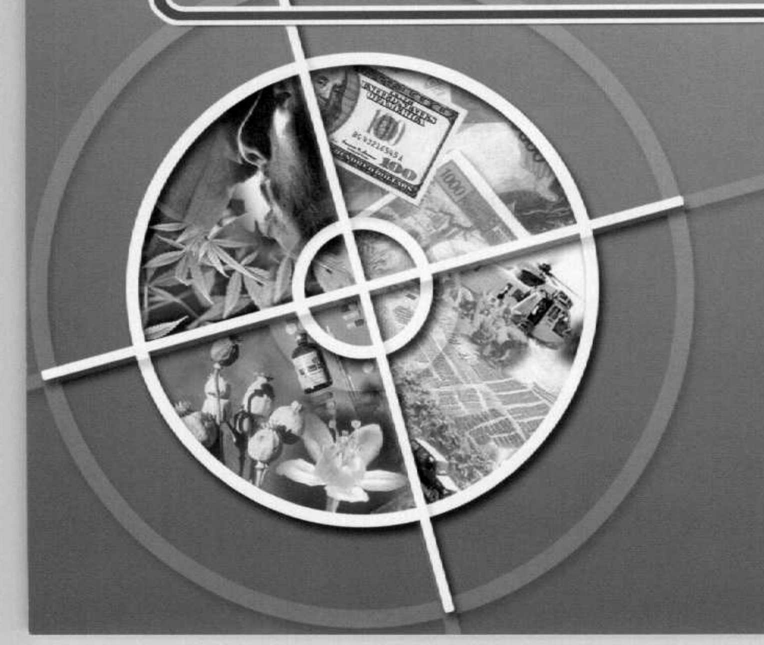
- كذلك مثل ما بين ١٣,٦ ، ٣٧٠٪ من قيمة الصادرات السلعية ٢١,٢ ، ٣٣٨,٢٪ من تحويلات المصريين العاملين بالخارج .

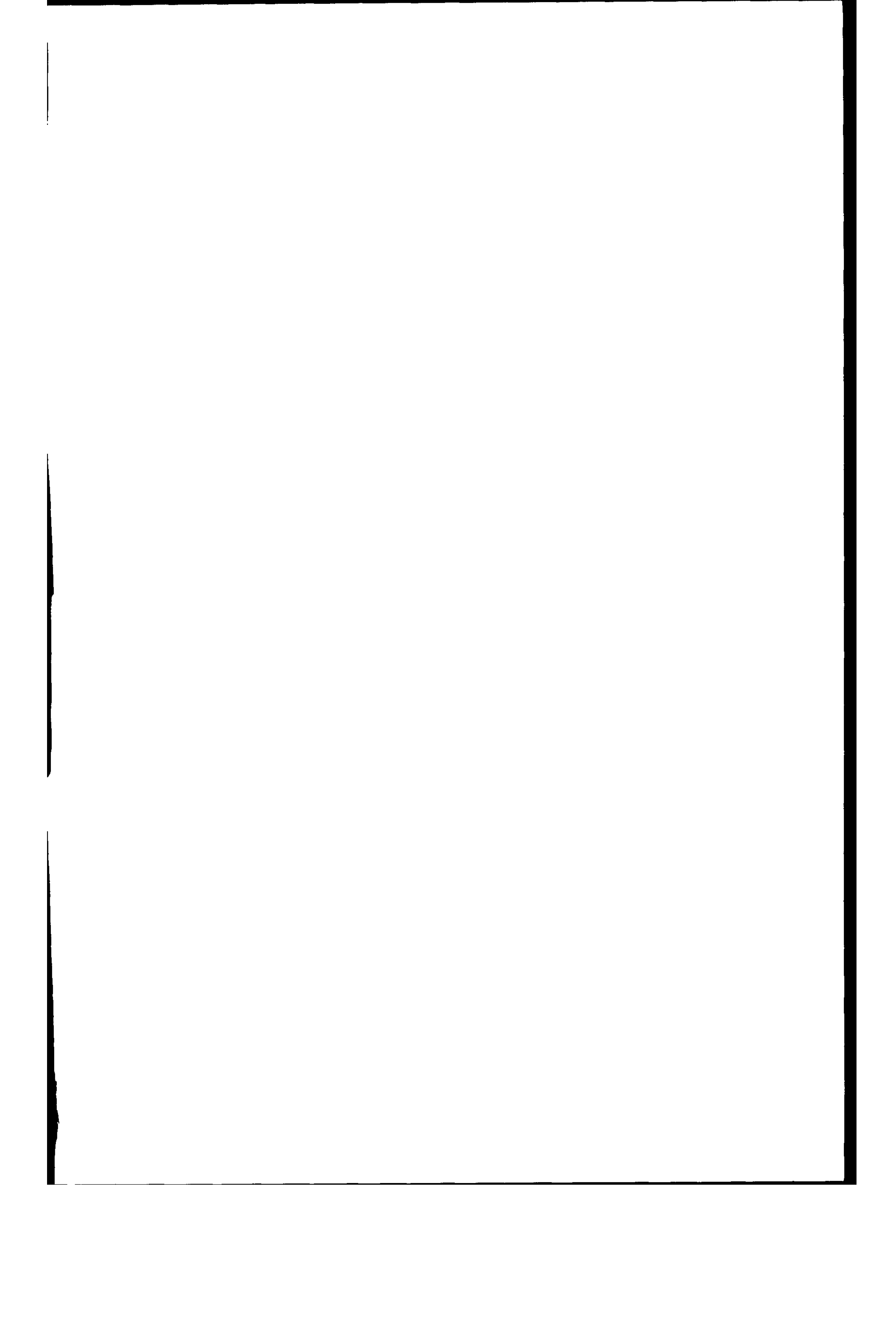
هذا بالإضافة إلى التأثير السلبى على سعر العملة المحلية بالنسبة للعملات الأجنبية وارتفاع أسعار السلع والخدمات ، ناهيك عما تتكبده الدولة من مصروفات مكافحة المخدرات ونفقات علاج المدمنين .. الخ .

وسوف نتطرق فى الفصل التالى إلى التعرف على الجهود المحلية والدولية لمكافحة ظاهرة انتشار المخدرات بين الشباب .

الفصل الخامس

استراتيجيات مكافحة ظاهرة انتشار المخدرات محلياً و عالمياً





الفصل الخامس
استراتيجيات مكافحة ظاهرة انتشار المخدرات
محلياً وعالمياً

المبحث الأول : ما هية المخـدرات .

المبحث الثانى : الجهود المحلية .

المبحث الثالث : الجهود الدولية .

تمهيد :

يسعى الباحث إلى محاولة التعرف على مدى الدور الذى تؤديه الجهود المحلية والدولية فى مكافحة ظاهرة التعاطى والإدمان للمخدرات ، وحتى يمكن الوصول إلى هذا الهدف ، فإن ذلك فرض على الباحث مناقشة العديد من الموضوعات ذات الصلة بمكافحة تلك الظاهرة ، ولذا حرص الباحث فى بداية هذا الفصل أن يقدم تعريفاً لمعنى المكافحة ومستوياتها التى تنقسم إلى مكافحة العرض وخفض الطلب فضلاً عن الاهتمام بمناقشة الاتفاقيات الدولية بشأن مكافحة المخدرات وما انتهت إليه من اتفاقيات ، مع عرض مختصر للمبادئ الأساسية التى تنهض عليها هذه الاتفاقيات وذلك من منظور نقدى ، فى هذا السياق عرض الباحث لاتفاقية الأمم المتحدة لعام ١٩٦١ ، واتفاقية المؤثرات العقلية لعام ١٩٧١ واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع فى المخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨ . مع إشارة خاصة لأهم المستجدات العالمية فى مجال مكافحة المخدرات .

أما فيما يتعلق بالجهود المحلية ، فقد ركز الباحث على الإجراءات التى اتخذتها مصر تنفيذاً للاتفاقيات الدولية ، والإستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر ، إضافة إلى مناقشة البرنامج القومى للوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات ، ودور رجال المكافحة الأمنية والقانون فى التصدى لظاهرة المخدرات مع التركيز على التطور التشريعى فى مجال المخدرات .

ولقد عرض الباحث معظم موضوعات هذا الفصل من زاوية نقدية ، تهدف إلى وضع ظاهرة المخدرات فى مصر فى موضعها الصحيح دون تضخيم أو تقليل من خطورتها ، أملاً فى تقييم الوضع الراهن وما يترتب عليه من آثار مستقبلية ، وفيما يلى سوف نعرض لهذه الموضوعات على النحو التالى :

المبحث الأول
ما هية المكافحة وأنواعها

معظم مجتمعات العالم فى الوقت الحاضر تركز جهودها تجاه نوعين من الجهود حيث يطلق على النوع الأول اسم مكافحة العرض ، وهى الجهود التى ترمى إلى مكافحة التهريب والتصنيع والزراعة والاتجار والتوزيع والحيازة غير المشروعة للمواد المخدرة غير المشروعة ، ويطلق على النوع الثانى إجراءات خفض الطلب وهى تشير إلى جميع السياسات والإجراءات التى تستهدف خفض رغبات المستهلكين وجهودهم فى سبيل الحصول على المواد المخدرة إلى أدنى درجة ممكنة ويقوم هذا التقسيم أساساً على افتراض أن المخدرات سلعة كسائر السلع يخضع التعامل فيها للعوامل التى تحكم العلاقة بين العرض والطلب ، ومن ثم يستنتجون أنه إذا قل الطلب عليها فسوف يصيبها الكساد ، ولذلك يدعون إلى عدم الاقتصار فى مقاومتها على المكافحة فى جبهة العرض فحسب ، بل لابد من جهود تبذل أيضاً فى جبهة الطلب ، وفيما يلى نعرض لهذين الجانبين على النحو التالى :

أولاً : مكافحة العرض :

يقوم النموذج الأساسى لجهود مكافحة العرض فى معظم دول العالم على ثلاث دعائم هى : المكافحة الأمنية والمواجهة التشريعية والمشاركة فى الاتفاقيات الدولية والإقليمية وفيما يلى نعرض كلاً من هذه الدعائم الثلاث بإيجاز ، على أن يرجأ التحليل والتفسير إلى موضوع لاحق من هذا الفصل ، وذلك على النحو التالى:

١ - المكافحة الأمنية :

يقوم التخطيط الأساسى لهذه المكافحة على مطاردة المخدرات وتعقبها فى داخل الوطن ، وعلى حدوده ، وفى التجربة المصرية تعتبر الإدارة العامة لمكافحة المخدرات هى الجهاز الرئيسى فى الدولة لتنظيم هذه الجهود ، وهى تقوم بعملها بالتنسيق مع عدد من

أجهزة الدولة ، منها قوات حرس الحدود ومصلحة الجمارك والإدارة المركزية للشئون الصيدلية والإدارة العامة للدفاع الاجتماعى بالإضافة إلى عدد من أجهزة الشرطة ، ويدخل فى نطاق مسئولياتها كذلك التنسيق مع الأجهزة المعنية بمكافحة المخدرات بهيئة الأمم المتحدة ، بالإضافة إلى منظمة الشرطة الجنائية الدولية (الانتربول) [(١)] .

٢ - المواجهة التشريعية :

لاشك أن القانون يعد أحد الوسائل الهامة فى مكافحة مشكلة المخدرات ، ويعود دور القانون فى التصدى لهذه المشكلة إلى مائتى سنه وأكثر منذ عام١٨٧٩ وهى الفترة التى تزامنت مع صدور أول تشريع مصرى لمكافحة المخدرات ، ومنذ ذلك الزمن وتتوالى التشريعات لكى تتسق مع واقع التغير فى طبيعة المشكلة ، إلى أن صدر قانون مكافحة المخدرات الحالى رقم١٢٢ لسنة ١٩٨٩ .

٣ - الاتفاقيات الدولية :

تعتبر الاتفاقيات الدولية الدعامة الثالثة فى مجال مكافحة العرض - فيما تتخذه من إجراءات وإستراتيجيات تسعى إلى علاج تلك المشكلة ، ويعتبر من أهم الاتفاقيات الدولية فى هذا الصدد الاتفاقية الوحيدة للمخدرات الصادرة سنة ١٩٦١ إضافة إلى اتفاقات أخرى مثل اتفاقية الأمم المتحدة للمؤثرات العقلية سنة ١٩٧١ ، واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع فى المخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨ [(٢)] .

ثانياً : خفض الطلب [(٣)] :

ينطوى النموذج الأساسى لموضوع خفض الطلب على ثلاثة مكونات رئيسية هى :

الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والاستيعاب . ويمكن تناولها بشىء من التحليل والتفسير على النحو التالى :

(١) مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق ، ص ٣٨ .
(٢) أنظر : المرجع السابق .
(٣) أنظر : المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، البرنامج القومى للوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات ٢٠٠٠-٢٠٠١ ، القاهرة .

١- مستويات ومبادئ الوقاية :

سبق أن عرفنا الوقاية - فى مفاهيم الدراسة - بأنها عمل مخطط نقوم به تحسباً لظهور مشكلة معينة أو لظهور مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل ، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو المضاعفات أو كليهما .

ولذا فإن الوقاية تتعدد مستوياتها ، حيث تتم على أساس أربعة مستويات هى :

المستوى الأول : وهو المستوى الذى يستهدف توضيح أبعاد الموقف الاجتماعى والآثار المترتبة على تعاطى المخدرات . وفى هذا النطاق تدخل كل العمليات والبرامج التى تستهدف تأسيس اتجاهات مضادة لتعاطى المخدرات ، من هذه العمليات التنشئة الاجتماعية المستمرة من الأسرة والمدرسة والنادى والإعلام والندوات والمحاضرات التثقيفية التى تستهدف تكوين اتجاه مضاد للتعاطى .

المستوى الثانى : يتعلق بتأسيس البرامج العلاجية التى توجه للمتعاطين أو المدمنين سواء من خلال تطوير وعيهم بخطورة الاستمرار فى التعاطى أو من خلال إرشادهم إلى أفضل السبل للتخلص من التعاطى أو الإدمان .

المستوى الثالث : يتصل بضرورة انتشال هؤلاء الذين سقطوا أسرى المخدر فأدمنوا ومن ثم تتوجه البرامج والجهود إلى انتشالهم من حالة الإدمان .

المستوى الرابع : وفى هذا المستوى يمكن أن يشكل المتعاطون السابقون والمدمنون الذين تم علاجهم ، جهازاً قوياً وفعالاً يتجول عبر كل المجالات ويتعامل مع كل فئات النشء والشباب ينقل إليهم معاناتهم ومشكلاتهم مع التعاطى والإدمان ، بالإضافة إلى الكوادر النوعية التى يعدها المجلس والصندوق وكذلك الوزارات جبهة قوية لوقاية المجتمع والشباب والنشء من أخطار تعاطى وإدمان المخدرات .

وفيما يتعلق بمبادئ الوقاية فيمكن أن نعرض لها من خلال المنطلقات الآتية :

الأول : ضرورة استناد برامج الوقاية على معطيات وبيانات علمية صحيحة وعليه :

- يجب أن يؤخذ فى الاعتبار المعلومات الدقيقة المناسبة عند وضع البيانات القومية

الموجهة إلى الوقاية من التعاطى ، وخفض الطلب فيما يتعلق بمخدرات معينة .

- الاهتمام بإجراء الدراسات المسحية على مختلف فئات النشء والشباب وفى السياقات الاجتماعية المستهدفة .

- أن يؤسس برنامج لتدريب الكوادر الوطنية التى سوف تشكل جبهة المواجهة بحيث يمكن أن تزود بالمعرفة العلمية عن الظاهرة .

الثانى : يسمى (بالامتداد والتتابع) ويقصد بالامتداد أن تتسع الوقاية لتشمل كل الفئات المستهدفة ويقصد بالتتابع أن يتم تأسيس البرامج الوقائية على تواز مع مراحل الاتصال بالمخدر بحيث تبدأ هذه البرامج بتوضيح مخاطر وسلبيات التعاطى من خلال المحاضرات ، ثم البرامج الوقائية الموجهة لأفراد جربت المخدر وتعاطيه لكنها لم تدخن ، يلى ذلك برامج الوقاية الموجهة للمتعاطين لوقايتهم من الانتقال من حالة التعاطى إلى حالة الإدمان ، فإذا أدمن البعض فإن برامج التأهيل سوف تركز على الشخص المدمن وبيئته الاجتماعية .

الثالث : يسمى (بالتضافر والشمول) ، وتفرض خاصية الشمول أن توجه برامج الوقاية إلى الفئات الأخرى والذين لهم صلة بالمخدرات ، حيث يبدأ العمل على تبصيرهم بالآثار المحتملة لاستمرار التعاطى أو التحول إلى الإدمان والحيلولة دون تحول المتعاطين إلى مدمنين . ويقصد بالتضافر أن يكون هناك تقسيم عمل فى عملية المواجهة ، وفى هذا المجال نجد أن المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان هو الجهة العلمية التى تتصدى لمواجهة مشكلة انتشار المخدرات بين الشباب بتضافر جهوده مع الجهات الحكومية .

الرابع : ويطلق عليه اسم (التدرج والتنوع) ، ويقصد بالتدرج أن تعمل برامج الوقاية على الانتقال من أكثر الجهود والبرامج بساطة إلى أكثرها عمقاً ، أما التنوع فيقصد به أن تتضمن الوقاية مجموعة من البرامج المتنوعة من حيث وظائفها وأهدافها وإن كانت متكاملة فى ذات الوقت .

الخامس : يطلق عليه اسم (المبادأة وتعظيم الطاقة) ويقصد بالمبادأة السعى لمواجهة

المشكلة قبل تعقدها ، ويرتبط بذلك تعظيم طاقة وفاعلية برامج الوقاية ، ويأتى تعظيم الطاقة من ترشيد هذه البرامج بحيث تؤدى دورها بأقل تكلفة ممكنة .

٢ - العلاج (١) :

وهو المكون الثانى من مكونات خفض الطلب ويتضمن العديد من الإجراءات الطبية على النحو التالى :

أ - الإجراءات ذات الطبيعة الإسعافية :

وتستخدم فى مواجهة بعض الحالات التى قد تتعرض لما يسمى بحالات التسمم المرضية الحادة فقد تنتاب الشخص نوبة عنف واضح ، فيهاجم بعض الأشخاص القريبين منه أو يحاول إتلاف بعض الأثاث أو الممتلكات المادية ، وفى هذه الحالة لابد من أن يتناوله بالرعاية طاقم طبى مدرب . وقد يحتاج الطبيب إلى قدر محدود من التدخل الدوائى .

ب - إجراءات تطهير الجسم أو سحب المخدر :

وينبه المختصون إلى أن إجراءات التطهير ليست دائماً عنيفة ، فهى تتوقف من ناحية على نوع المخدر ، ومن ناحية أخرى على المعالج فى تطبيقها .

جـ - إجراءات طبية أخرى :

وتشمل الإجراءات الطبية التى لابد من القيام بها فى مواجهة بعض المضاعفات الصحية التى يعانى منها كثير من المدمنين ، دون أن تكون جزءاً من الآثار المترتبة مباشرة على تعاطى هذه المادة أو تلك من المواد الإدمانية ، من هذا القبيل مثلاً موضوع سوء التغذية حيث أن انتشار سوء التغذية بين المدمنين ظاهرة ملحوظة .

د - العلاج المتكامل :

يتألف العلاج المتكامل من ثلاثة مكونات أساسية : أحدها طبى وثانيها نفسى والثالث اجتماعى ، والأخير يطلق عليه الرعاية اللاحقة وهى تنقسم إلى قسمين هما : إعادة

(١) أنظر : مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع ، نظرة تكاملية ، مرجع سابق ، ص ٢١٧ .

التأهيل Rehabilitation وإعادة الاستيعاب الاجتماعي . وفيما يلى نعرض لكل منها بشيء من التفصيل على النحو التالى :

يستخدم مصطلح إعادة التأهيل فى مجال علاج التعاطى والإدمان استخداما شديد الاتساع ليضم ما يوصف بأنه إعادة التأهيل المهنى والاجتماعى ، وأحياناً يقتصر استخدامه على الإشارة إلى إعادة التأهيل المهنى فقط ، الذى يقصد به العودة بالمدمن إلى مستوى مقبول من الأداء المهنى ، وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل فى هذا الصدد ثلاثة عناصر هى : الإرشاد المهنى ، وقياس الاستعدادات المهنية والتوجيه المهنى والتدريب .

أما عن إعادة الاستيعاب الاجتماعى ، فالهدف منه هو إعادة تطبيع المدمن الذى تم شفاؤه من الإدمان ، ليعود إلى القيام بأدواره الاجتماعية التى كان يؤديها قبل إدمانه ، ولا يجوز النظر إلى عملية إعادة الاستيعاب هذه باستخفاف على أساس أنها تتم بصورة تلقائية ، فهذا من شأنه أن يساعد على زيادة فرص الانتكاس أى رجوع المدمن الناقه إلى ما كان عليه قبل أن يتلقى الأجزاء الطبية والنفسية من العلاج ، وقد تنبه العلماء لذلك وابتكروا طرقاً عديدة للحيلولة دون هذا الانتكاس ومن أهم هذه الابتكارات فكرة المجتمعات العلاجية ، وهى مؤسسات تقوم بتقديم إجراءات العلاج والمسمى بإعادة الاستيعاب الاجتماعى ، وهى تعتبر نموذجاً مصغراً للحياة الاجتماعية العريضة ، حيث يلقى فيه المدمن الناقه التدريب اللازم لاستعادة الأدوار التى يقوم بها الشخص السوى فى المجتمع .

مما سبق يتضح أن مفهوم المكافحة ، مفهوم مركب من مجموعة أساليب علمية وصحية وقانونية ونفسية واجتماعية ، يسهم كل منها فى تقديم علاج متخصص فى جانب محدد من جوانب مشكلة المخدرات ، بحيث لا تقف هذه الأساليب على حدود أقليم أو عدة أقاليم بل تتجاوز ذلك لتشمل معظم دول العالم ، انطلاقاً من عالمية مشكلة المخدرات ، ولذا نركز فى الصفحات القادمة على مناقشة الجهود المحلية والدولية فى مجال مكافحة المخدرات ، وذلك كما يتضح فى المبحثين التاليين .

المبحث الثانى

الجهود المحلية

نعرض فى سياق هذه المبحث العديد من الموضوعات التى تبرز ما قامت به الحكومة المصرية وهيئاتها المختلفة فى سبيل مكافحة وعلاج ظاهرة المخدرات ، وأنه لمن اللافت للنظر ، أن الحكومة المصرية لم تستشعر خطورة المشكلة والعمل على مواجهتها بشكل حاسم ولأول مرة ، إلا منذ ثمانينيات القرن السابق ، وأن المواجهة كانت تقتصر على المواجهة التشريعية والأمنية فيما مضى ، إلا أنه بخروج العالم باتفاقية خاصة لمكافحة المخدرات ، بدأت تظهر ملامح التعاون الدولى، حيث وقعت مصر وغيرها من دول المنطقة على هذه الاتفاقية الأخيرة .

ولذا فمن الأهمية بمكان التعرف على جهود المجتمع المصرى فى سبيل القضاء على ظاهرة المخدرات . وذلك من خلال تناول الموضوعات التالية :

- الإجراءات التى اتخذتها مصر تنفيذاً للاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدرات .
- الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر .
- البرنامج القومى للوقاية من التعاطى وإدمان المخدرات .
- دور رجال المكافحة الأمنية والقانون فى الحد من ظاهرة المخدرات ويمكن

تناول هذه الموضوعات بشىء من التفصيل والتحليل وذلك على النحو التالى :

أولاً : الإجراءات التى اتخذتها مصر تنفيذاً للاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدرات [1] :

إدراكاً من الحكومة المصرية ، لحجم وأبعاد ظاهرة انتشار المخدرات وخطورتها على المجتمع المصرى بأسره ، اتخذت عدة إجراءات لمواجهة هذه الظاهرة تنفيذاً للاتفاقيات

---

(١) أنظر : التقرير الوطنى المقدم إلى الدورة الخاصة رقم ٢٠ للجمعية العامة لمنظمة الأمم المتحدة الخاصة بمناقشة مشكلة المخدرات ، نيويورك ١٩٩٨ .

الدولية لمكافحة المخدرات التى وقعت عليها مصر ، وذلك من خلال استحداث آلية رئيسية ينبثق منها آليتين قوميتين على النحو التالى :

١- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان :

أصدر رئيس جمهورية مصر العربية القرار رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦ بإنشاء المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان برئاسة رئيس مجلس الوزراء وعضوية وزراء التأمينات والشئون الاجتماعية والقوى العاملة والتدريب والعدل والإعلام والحكم المحلى والأوقاف والتربية والتعليم والثقافة والتعليم العالى والصحة والداخلية ورئيس المجلس الأعلى للشباب والرياضة والنائب العام ومدير المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية . وأجاز المجلس الاستعانة بالخبراء والمختصين فى أنشطته .

وقد قام المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان تنفيذاً لأهدافه من خلال أمانته الفنية بالنشاطات التالية :

- وضع الخطة القومية لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى ، وتحديد دور كل من الوزارات والهيئات والجمعيات الأهلية فى هذه الخطة .

- اقتراح تعديل القانون ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ فى شأن مكافحة المخدرات بما يتواءم مع الاتفاقيات الدولية والاتجاهات والسياسات الحديثة فى مجال مكافحة المخدرات والعلاج من الإدمان والتعاطى .

- اقتراح البحوث والدراسات وإجراء هذه البحوث والدراسات والخطط العلمية لإنجازها .

- اقتراح الدورات التدريبية المتخصصة وتصميمها وإعداد المناهج والمواد التدريبية وأسس انتقاء المتدربين وتقييمهم .

- اقتراح إنشاء مركز قومى للمعلومات بهدف توفير كافة البيانات والمعلومات المتعلقة بالمخدرات وانتشارها وآثارها ومراكز العلاج والتأهيل والجرائم ذات الصلة .

- اقتراح وإعداد وتصميم الأدلة الإرشادية بهدف التوعية بظاهرة التعاطى وإدمان المخدرات وآثارها ، والاكتشاف المبكر للتعاطى وأسس العلاج وتقديم المعلومات التى يحتاجها قارئ الدليل فى هذا الخصوص ، إضافة إلى قائمة تعريفية بأماكن العلاج والتأهيل.

- اقتراح إنشاء صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى .

٢- آلية صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى :

نص القانون ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ بشأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها على إنشاء صندوق خاص لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى تكون له الشخصية الاعتبارية ، وتنفيذاً لذلك صدر القرار الجمهورى رقم ٤٦ لسنة ١٩٩١ بإنشاء الصندوق واعتباره هيئة عامة يتبع رئيس مجلس الوزراء ، ومقره القاهرة ، وله مجلس إدارة ويضم فى عضويته ممثلين عن وزارات المالية والعدل والداخلية والدفاع والصحة والشئون الاجتماعية والتعمير والإعلام(١) .

ويهدف الصندوق فى إطار الخطة والسياسات العامة المعتمدة لمكافحة تعاطى وإدمان المخدرات التى يقرها المجلس بالتعاون والتنسيق مع وزارات العدل والصحة والشئون الاجتماعية كما يخصه بتحقيق الأغراض الآتية :

- إنشاء وإعداد وتأثيث وتجهيز وصيانة مصحات ودور علاج المدمنين والمتعاطين والسجون الخاصة بالمحكوم عليهم فى جرائم المخدرات والأماكن المعدة فى المؤسسات العقابية للمحكوم عليهم فى جرائم تعاطى المخدرات .

- تمويل ما يلى :

* البرامج والنظم فى مجال مكافحة المخدرات وعلاج الإدمان ، وتزويدها بالمعدات والأجهزة والآلات وغيرها مما يلزم لتحقيق أهدافها .

---

(١) د . فوزية عبد الستار ، شرح قانون مكافحة المخدرات ، دار النهضة العربية ، ١٩٩٠ .

* البحوث والدراسات والبرامج التدريبية والثقافية والإعلامية فى مجال أنشطة مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى .

* نفقات إقامة وإعاشة وعلاج المدمنين والمتعاطين .

* برامج وأنشطة الرعاية اللاحقة للمدمنين والمتعاطين بعد الإفراج أو الشفاء .

* إعانة ومعاونة الجمعيات والهيئات الخاصة العاملة فى مجال المكافحة والعلاج والرعاية الاجتماعية .

وفيما يتعلق بموارد الصندوق فتتضمن الموارد التالية :

- حصيلة الغرامات والأموال المحكوم بمصادرتها فى جرائم المخدرات .

- حصيلة استغلال وبيع الأموال المنقولة والعقارات المصادرة فى جرائم المخدرات.

- الإعانات والهبات والمنح الصادرة من هيئات ومؤسسات محلية ودولية .

٣- المجالس المحلية بالمحافظات :

أصدر رئيس المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان قراراً بإنشاء مجالس محلية بالمحافظات (٢٦ محافظة) تشكل برئاسة محافظ الإقليم وعضوية ممثلى الوزارات المعنية بالمحافظة وله أن يستعين فى أعماله بالخبراء والمختصين فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان من بين ذوى الخبرة وأساتذة الجامعات ، وتضطلع تلك المجالس بالتنسيق مع مقرر المجلس القومى بمهمة تنفيذ خطط وسياسات وبرامج مكافحة وتعاطى وإدمان المخدرات التى يقرها المجلس .

وبالنظر إلى الإجراءات التى اتخذتها مصر تنفيذاً للاتفاقيات الدولية ، نجد أنها تنطوى على ملاحظتين على النحو التالى :

- إن إنشاء مجلس قومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، يعد من أهم إنجازات الدولة خلال مرحلة الثمانينيات (١٩٨٦) ، وهى المرحلة التى تتزامن مع بدايات إنشائه حيث يقدم العديد من الأنشطة التى تساهم فى الحد من هذه الظاهرة ، بوضع الخطط وتوزيع الأدوار

بين الوزارات والهيئات ، إجراء التعديلات القانونية اللازمة ، وداخل المجلس يبرز النشاط العلمى والبحث العلمى ... ألخ ومن ثم فإن المجلس يلعب دور المعد والمنسق فى آن واحد ، وعليه فإن القدرة على تحقيق الأهداف الاستراتيجية تصبح ممكنة فى ضوء الأداء العلمى فى التخطيط والتنفيذ والتنسيق بين المحافظات المختلفة للجمهورية .

– رغم أن عمل المجلس بدأ منذ ١٦ سنه مضت ، إلا أن النتائج المتوقعة لم تتحقق بالصورة المأمولة حتى الآن ، حيث تظهر الإحصائيات أن الظاهرة آخذة فى التضخم، غير أن هذا لا يقلل من أهمية أنشطة المجلس حيث أن هناك عقبات كثيرة ربما تعترض تحقيق بعض أهدافه ، ومنها بالطبع التمويل اللازم للإنفاق على البحوث والمصحات وما يتضمنه ذلك من نفقات إقامة الشخص الذى يتم علاجه والأدوية المستخدمة ، وبرامج إعادة التأهيل والاستيعاب الاجتماعى . ولعل هذا ما جعل المجلس يقرر إنشاء صندوق المكافحة كأساس للتمويل غير أنه بحكم موارده المحدودة المستمدة من مصادرة الأموال الناجمة عن جرائم المخدرات والإعانات والهبات المحلية والدولية ، لا يستطيع أن يفى بالتزاماته تجاه الأنشطة العديدة والطموحة التى يقترحها المجلس ، ومن ثم فإن الحاجة ماسة ، إلى رصد ميزانية خاصة من جانب الدولة ، واعتبار تلك الميزانية جزءاً من مقتضيات القضاء على معوقات التنمية المستدامة التى تأخذ بها الدولة منذ بضع سنوات مضت .والآليتان السابقتان استحدثتا لضمان تنفيذ الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان والتعاطى .

ثانياً : الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر [١] :

تعد الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر ، أحد جوانب الجهود المحلية فى سبيل القضاء على تلك المشكلة ، حيث وضع معالمها الأساسية الخبراء المتخصصون بالمجلس القومى لمكافحة وعلاج تعاطى وإدمان

(١) أنظر : الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر ، الفصل السادس ، التقرير النهائى للجنة المستشارين العلميين ، القاهرة ، ١٩٩٢ .

المخدرات لكى تكون أساساً للعمل وتنظيم الجهود ، وتعبيراً فى نفس الوقت عن مدى التزام الحكومة المصرية بالاتفاقيات الدولية . وقد تضمنت الاستراتيجية نوعان من التوصيات : الأولى عامة تخص سياسة الدولة فى التصدى لمشكلة المخدرات ، والثانية تتعلق بالتوصيات الخاصة التى تشمل علاج الإدمان ، جهود الوقاية ، القانون . كما تضمنت الاستراتيجية المحاور الآتية :

١- الأهداف والأهداف الفرعية :

فى ضوء رصد التغييرات الاجتماعية التى طرأت على المجتمع المصرى وتفاعلاتها مع التطورات المتسارعة والشاملة التى صاحبت العولمة ، وفى ضوء تأثير هذه التطورات على ظاهرة المخدرات عالمياً ومحلياً ، تمت صياغة هدف رئيسى عام هو المواجهة القومية الشاملة المتكاملة لمشكلة المخدرات ، ولتحقيق هذا الهدف تمت بلورة مجموعة من الأهداف الفرعية تتمثل فيما يلى :

- تعزيز جهود خفض العرض والمتمثلة فى المكافحة الأمنية والمواجهة التشريعية .
- التركيز على هدف خفض الطلب بكل ما يتضمنه من برامج وقاية واكتشاف مبكر وعلاج وتأهيل .
- تحقيق التنسيق والتكامل بين الأنشطة المختلفة التى يقم بها شركاء المواجهة من مؤسسات وهيئات حكومية وأهلية .
- اشتراك الأطراف المستهدفة بالظاهرة فى مختلف أبعاد المواجهة وعملياتها .

٢- منطلقات الاستراتيجية الوطنية :

تتحدد هذه المنطلقات الاستراتيجية فى ثلاثة جوانب هى :

- الأخذ بالرؤية المجتمعية فى مواجهة المشكلة باعتبار المشكلة قضية مجتمعية عامة وبالتالى عدم الاقتصار على المنحنى العقابى فى المواجهة ، واعتبار المدمن مريضا يخضع للعلاج من جانب المجتمع ، مع تغليب مبدأ الإدماج على الاستبعاد للمريض ، واستهداف

المجتمع بشكل عام وليس فقط شرائحه المتصلة مباشرة بالظاهرة ، وتعزيز الدور المفصلى للأسرة فى المواجهة .

- اعتماد التعامل العلمى مع الظاهرة .
- ملاحقة التغيرات السريعة للمشكلة .

٣- مكافحة العرض :

أولت الإستراتيجية اهتماماً خاصاً للقضاء على الزراعات المخدرة باعتبارها رافداً أساسياً من روافد تغذية سوق الاستهلاك . واقترحت تنفيذ خطط تنمية بديلة فى مناطق هذه الزراعات تعتمد على المشاركة الشعبية . هذا بالإضافة إلى تنمية

زراعة بديلة كزراعة النباتات الطبية ونباتات استخراج العطور لتحل محل زراعة المخدرات، لأنها ذات عائد مرتفع فى ذات الوقت ، وقدمت الإستراتيجية عدداً من الاقتراحات حول تطوير التعامل التشريعى . وأولت اهتماماً خاصاً لتفعيل وسائل وإمكانيات مكافحة غسيل الأموال .

٤- خفض الطلب :

أكدت الإستراتيجية على أهمية تفعيل جهود خفض الطلب بمختلف جوانبه وعملياته لما لها من أثر بالغ على الحد من انزلاق الأفراد إلى حدة التعاطى والإدمان وفضلاً عن إنقاذ من ترددوا فى هذا المنحدر ، وتناولت الإستراتيجية كافة عمليات خفض الطلب من وقاية وعلاج وتأهيل وإعادة الدمج الاجتماعى ، محددة منطلقات كل عملية والمؤسسات والهيئات القائمة بها ومجالات عملها وسبل تفعيل وتطوير هذه المؤسسات والهيئات .

٥- الاكتشاف المبكر للتعاطى والإدمان :

حيث أكدت الإستراتيجية على الاكتشاف المبكر كهدف نوعى يمكن من فاعلية العلاج واختصار فترته وكلفته ، مع تحديد الآليات الرسمية والأهلية التى يمكن اعتمادها فى هذا الخصوص ، وسبل التمويل ، وأفردت الاستراتيجية مساحة نوعية لدور الأسرة فى المواجهة ، مؤكدة أن الأسرة المصرية لا تزال مفصلاً أساسياً وخطاً رسمياً للدفاع فى

مواجهة ظاهرة المخدرات ، وذلك من خلال تفعيل أدوارها فى تنشئة أعضائها وتلقى من يقع منهم فى دائرة الإدمان ، لدعمه فى اتجاه العلاج وحددت الاستراتيجية منطلقات التعامل مع الأسرة ، وأساليب وآليات دعم دورها فى خفض العرض والطلب .

٦-آليات ووسائل تنفيذ الاستراتيجية الوطنية :

وقد تحددت الآليات العامة للاستراتيجية من خلال التنسيق بين شركاء المواجهة، الاعتماد على البحث العلمى والتطوير ، التدريب والتعليم المستمران ، الحوار التفاعلى ، المتابعة والتقويم ، اطراد التمويل وتنوع مصادره .

وعلى أية حال فإن هذه الاستراتيجية تعود إلى جهود المجلس القومى والصندوق من خلال خبرائه ومستشاريه بعقد ورش عديدة انتهت إلى صياغة إستراتيجية قومية توجه أداء عمل المجلس القومى والصندوق سواء على مستوى البحث العلمى أو البرامج المتعلقة بالتدريب والتثقيف وبرامج الوقاية بمستوياتها المتعددة.

وبالنظر إلى التوصيات سواء العامة أو الخاصة الواردة فى هذه الاستراتيجية نجد أنها تتضمن آليات عديدة مهمة فى سبيل مكافحة العرض وخفض الطلب على المخدرات . ولكن بعض التوصيات التى اقترحها أعضاء اللجنة المكلفة بصياغة هذه الاستراتيجية كانت تنطوى على بعض الغموض ، ووردت دون تحليل وتفسير لها . ومن ذلك التوصية الثانية من التوصيات العامة المتعلقة بضرورة تبنى الدولة للتوجه العلمى فى مواجهة مشكلة المخدرات ، لم تحدد أى مجالات البحث العلمى وأى الموضوعات التى ينبغى تبنيها ، ويكون لها تأثير واضح فى تشكيل سياسة الدولة فى التعامل مع ظاهرة المخدرات . والتوصية الخاصة بجهود الوقاية ، استخدمت الاستراتيجية لفظ الوقاية من الدرجة الأولى ولفظ الجماعات الهشة ، دون أن تحدد معنى الوقاية من الدرجة الأولى ، وهذا ما تم بيانه فى متن البرنامج القومى الذى وضعه المركز القومى للمكافحة ، بينما اللفظ الثانى لم يرد تعريف محدد له ، حيث كان من الضرورى الكشف عن خصائص الأفراد المشكلين للجماعات الهشة ، الأمر الذى قد يؤدى إلى الخلط فى فهم أهداف الاستراتيجية ومنطلقاتها الأساسية .

ورغم ما تنطوى عليه الاستراتيجية من سلبيات ، فإنها تنطوى أيضا على عدد من الإيجابيات تتمثل فى النقاط التالية :

- فيما يتعلق بدور القانون فى خفض الطلب على المخدرات ، فيلاحظ أنه قد تمت عدة تعديلات قانونية جوهرية ، سوف تساعد فى التأثير على مدى جدوى القانون فى مواجهة الظاهرة ، ذلك إن إضافة قوانين جديدة ربما تعلو من زيادة الطلب على المخدرات . ويعود ذلك إلى أن المشكلة الحقيقية فى القوانين الراهنة للمخدرات ، هى المعاناة من الثغرات العديدة خاصة فى عمليات الضبط والإحضار ومصادرة الأموال ... وما إلى ذلك ، والتى تمكن البعض من تجار المخدرات أحياناً من الهروب من العقاب ، ومن ثم كان من الضرورى تعديل القانون القديم بصيغ قانونية جديدة تناسب متغيرات الواقع وتحولاته.

- ولذا فإن التأكيد على العلاقة بين المتغيرات العالمية وظاهرة المخدرات ، تعد من الملامح الإيجابية لهذه الاستراتيجية ، وكذا الاهتمام بالبحث العلمى والإيمان بدوره فى مكافحة الظاهرة ، وأيضا الأخذ بالرؤية الاجتماعية فى مواجهة مشكلة المخدرات .

ومع ذلك فإن تحقيق الاستراتيجية لأهدافها ربما يتوقف على الظروف المرتبطة بالتمويل وقدرة الجهات المعنية بالمشكلة على إنجاح عمليات التنسيق والتكامل والتحولات العالمية والمحلية .

ومن هنا يمكن تفسير أسباب نجاح دولة وإخفاق أخرى فى محاولة القضاء على مشكلة المخدرات فى أراضيها ، أو حتى التقليل من أثارها السلبية على المجتمع حيث يقف صعوبة التمويل وغياب التفاعل والتكامل بين الجهات المسئولة عن مكافحة المخدرات ، فضلاً عن التحولات العالمية والمحلية ، عقبة أمام نجاح سياسات المكافحة والإخفاق فى تحقيق أهدافها الاستراتيجية ، خاصة فى الدول النامية .

ثالثاً : البرنامج القومى للوقاية من التعاطى وإدمان المخدرات [١] :

تتضمن هذه الفقرة برنامج عمل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، وصندوق

(١) أنظر : البرنامج القومى للوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات ، ٢٠٠٠ - ٢٠٠١ .

مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى فى مجال الوقاية من أخطار المخدرات على مختلف مستوياتها سواء برامج الوقاية من التعاطى أو وقاية المتعاطى من الإدمان أو إرشاد المدمن للعلاج ووقايته من العود . وشملت هذه البرامج أنشطة

بحثية تضمنت إجراء المسوح والبحوث والدراسات العلمية المتعلقة بالظاهرة ، كما شملت تأسيس البرامج التى تساعد على وقاية الفئات والمجتمعات المستهدفة بالتعاطى ، والإرشاد إلى أساليب العلاج للحالات التى تطلبه عن طريق الخط الساخن إضافة إلى توفير الجهود التى تستهدف إعادة تأهيل المتعاطى أو المدمن بصفة عامة والشباب والنشء بصفة خاصة . وتجسد هذه الجهود والبرامج الرؤية المتكاملة لإستراتيجية المجلس والصندوق فى مواجهة مشكلة المخدرات على مستوى خفض العرض والطلب على المخدرات . وحتى يمكن أن نستعرض جهود الوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات التى يقوم بها المجلس القومى والصندوق بالتعاون مع الوزارات المهتمة بالمشكلة أو المحافظات . فإننا نعرض بصورة موجزة للملامح العامة لهذه الجهود .

١- البحث العلمى وبرامج الوقاية من المخدرات :

رأى الجهاز العلمى والفنى للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى ، ضرورة امتلاك قاعدة علمية تتضمن المعرفة التى تساعد على تحديد معالم الظاهرة ، سواء من حيث المجتمعات التى تنتشر فيها أو المستهدفة بانتشارها . هذا بالإضافة إلى توفير المعرفة العلمية الصحيحة والصادقة ، والتى يمكن أن تشكل أساساً لتأسيس برامج الوقاية من هذه الظاهرة ، أو يستعان بها فى علاج الحالات التى تحتاج إلى العلاج ، ولإنجاز هذا المستوى من العمل ، قام خبراء المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان والصندوق لإنجاز المهام العلمية التالية :

- القيام ببحوث علمية توثيقية ، وتضمن ذلك دراسة توثيقية للبحوث الاجتماعية التى أجريت عن المخدرات فضلاً عن دراسات أخرى ترتبط بالبحوث الصحية لتعاطى المخدرات .

- إجراء البحوث الميدانية ، وفى هذا الإطار تم إجراء مجموعة من البحوث منها على سبيل المثال : بحث الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية لمجتمع منشأ النباتات غير المشروعة دراسة ميدانية على بعض قرى سيناء ، ودراسة المجتمعات المستهدفة للتعاطى والاتجار فى المخدرات ، بحث تاجر المخدرات دراسة انتشار تعاطى المخدرات بين شباب المناطق العشوائية ، بحث تعاطى المخدرات بين شباب النوادى ، فضلا عن بحوث أخرى تتعلق بالآثار الصحية للمخدرات . ومنها بحث أثر البانجو على الصحة العامة ، وتأثير تعاطى الهيروين على الصحة العامة وكفاءة الأداء البدنى وغير ذلك من البحوث .

- تأسيس الكوادر العلمية الأكاديمية للتعامل مع ظاهرة المخدرات ، حيث يقوم المجلس والصندوق فى إطار جهود الوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات بتدريب الفئات أو الكوادر النوعية كالأطباء والصيادلة ، ووكلاء النيابة والقيادات العمالية وغير ذلك من الفئات والتخصصات ، حتى يلعبوا دورهم فى المعاونة فى الجهود التى تبذل للوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات ، وقد تمكن المجلس والصندوق من تدريب نحو ٧٤٦٣ متدربا عام ١٩٩٩ / ٢٠٠٠ من العدد المستهدف تدريبه ويصل إلى ١٧٠٠٠ متدرب .

٢-برامج وقاية الشباب والنشء من تعاطى المخدرات :

يؤسس المجلس والصندوق برامج لوقاية الشباب والنشء من تعاطى وإدمان المخدرات بالتنسيق مع الوزارات المعنية بمشكلة المخدرات وهى وزارة الداخلية والعدل والصحة والسكان والتعليم والإعلام والثقافة والشباب والتنمية المحلية والشئون الاجتماعية والتأمينات والقوى العاملة والتدريب .

٣-توفير قاعدة من البيانات العلمية حول ظاهرة المخدرات :

يتعاون المجلس والصندوق مع الوزارات المعنية من خلال توفير قاعدة من البيانات العلمية تكون ميسرة لها إذا احتاجتها ، إضافة إلى تدريب الكوادر البشرية العاملة فى هذه الوزارات بما يجعلها قادرة على تنفيذ برامج الوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات ، فى نطاق اهتمام كل وزارة ، هذا بالإضافة إلى توفير خدمة العلاج ، وهى الخدمة المتاحة لهذه الوزارات .

٤-دعم جهود المحافظات :

برغم وجود مديريات فى المحافظات تلعب أدوارها فى مجالات التوعية والرعاية والعلاج والتأهيل والتدريب ، بصفتها جهوداً فى مجال مواجهة المخدرات ، يقوم المجلس والصندوق بدعم جهود المحافظات ومساعدتها بالبيانات العلمية من خلال البحوث ، أو تدريب كوادرها البشرية ، من خلال الدورات المتنوعة التى تعقد فى إطاره أو إتاحة الخدمات العلاجية أمام أبناء هذه المحافظات من خلال الخط الساخن.

٥-الخط الساخن والأدوار الوقائية :

يقوم المجلس والصندوق من خلال الخط الساخن - بأدوار وقائية من الدرجة الأولى والثانية والثالثة ، بالإضافة إلى عقد ندوات الإرشاد الأسرى ، والرد على استفسارات بعض الحالات المتصلة بالخط الساخن ، إلى جانب عقد لقاءات مع المترددين على الخط الساخن ، ومتابعة الحالات التى تم علاجها فى بيئاتها الاجتماعية ، بحيث تحقق هذه الجهود الوقاية من التعاطى والإدمان والعود ، أى تحقق الوقاية بدرجاتها أو مستوياتها المختلفة .

٦-برامج الوقاية من الانتكاس والعود :

يقوم المجلس والصندوق بتبنى برامج الوقاية من الانتكاس والعود إلى التعاطى من خلال التأهيل الاجتماعى الذى يعمل بعد تخليص الجسم من سموم المخدرات ، حيث تركز الجهود على إضعاف دافعيه المتعاطى نحو التعاطى ، وكذلك استعادته لمهاراته وقدراته التى تدهورت نتيجة للتعاطى ، ولتحقيق ذلك يعقد فريق الخط الساخن لقاءات مع المتعاطين المتعافين بل ويستعين بهم فى تنفيذ برامج وقاية الآخرين من السقوط فى براثن المخدرات .

٧-الأدلة الإرشادية العامة والمتخصصة :

لدى المجلس والصندوق آليات أخرى لتحقيق الوقاية من التعاطى والإدمان ، من هذه الآليات الأدلة الإرشادية العامة والمتخصصة ، إضافة إلى المسابقات القومية للتوعية بأخطار المخدرات ، هذا إلى جانب برامج التوعية والتثقيف الموجهة للفئات المستهدفة .

وعلى أية حال نجد أن الجهد الذى تقوم به الدولة من خلال المركز القومى للمكافحة وعلاج الإدمان ، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى فى الوقاية من أخطار المخدرات ، يعتبر جهداً مشكوراً سواء من جانب صانعى السياسات أو القائمين على تنفيذ برامجها ، وأنه من الصعب الآن أن نقدم تقييما لهذا البرنامج حيث أنه مازال فى بدايته ، وربما يصطدم ببعض العقبات ، التى قد تحول دون تنفيذه بصورة كلية ، أو تدفعه نحو التعديل ، والتعديل الدائم بما يتسق ودوافع التغير فى الظاهرة .

والبرنامج بشكل عام يتضمن خطوات تنفيذية تكاد تشمل معظم الأفكار والحلول فى مواجهة الأخطار السلبية للمخدرات ، وخاصة الدور الإيجابى الذى تؤديه فكرة الخط الساخن .

وفى النهاية يمكن القول أن البرنامج القومى للوقاية من التعاطى وإدمان المخدرات يتميز بالشمول فهو لا يقتصر على تقديم خدماته لقطاع محدد من المجتمع، أو يقصر نشاطه على محافظة دون الأخرى ، وانما يدعم جهود المحافظات الأخرى التى تعمل على تنفيذ نفس البرنامج القومى ، الذى انطلق من محافظة القاهرة ومن مقر المجلس القومى للمكافحة .

غير أن نجاح هذا البرنامج فى تحقيق أهدافه ربما يتوقف على العديد من الأمور منها :

- مدى قدرة المجلس والصندوق على تحقيق درجات من الاهتمام والدعم المتساوى بين المحافظات المختلفة .

- مدى قدرة ميزانية الصندوق على توفير كافة الاحتياجات اللازمة لتنفيذ البرنامج فى جميع مراحله ، ومراعاة الاحتياجات المالية لكل محافظة .

- مدى امتثال الأفراد المتعاطين والمدمنين للعلاج والشفاء من المخدرات .

- مدى قدرة القائمين على إعادة التأهيل الاجتماعى على القيام بدور إيجابى فى خلق أشخاص جدد غير معتمدين على المخدر .

إلى جانب ذلك هناك أمور أخرى يتوقف عليها نجاح هذا البرنامج فى الوقاية من خطر

التعاطى والإدمان ، وتعد فى نفس الوقت الأساس الذى يمكن من خلاله تقييم إنجازات الدور الذى يلعبه المجلس والصندوق فى الوقاية من التعاطى وعلاج الإدمان .

رابعاً : دور رجال المكافحة الأمنية والتشريعية فى التصدى لظاهرة المخدرات :

فى سياق هذه الفقرة حتى يمكن التعرف على دور رجال المكافحة الأمنية والقانون سوف يتم مناقشة جانبين أساسيين هما :

١ - إنجازات الإدارة العامة للمخدرات على الصعيدين المحلى والدولى :

تعد الإدارة العامة لمكافحة المخدرات إحدى أجهزة الشرطة بقطاع الأمن الاجتماعى بوزارة الداخلية ، وهى تختص بمكافحة وضبط جرائم جلب وتصدير وإنتاج المواد المخدرة والمؤثرات العقلية وتهريبها والاتجار فيها وتداولها ومكافحة وضبط زراعة النباتات المخدرة بكافة صورها ، ووضع وتنفيذ السياسات العامة والخطط واتخاذ الإجراءات الكفيلة لتحقيق هذه المكافحة دولياً ومحلياً وكذا توجيه جهود كافة الأجهزة التى تعمل فى مجال مكافحة المخدرات وتنفيذ عمليات المكافحة ذات الصبغة الدولية بالاشتراك مع أجهزة المكافحة الدولية والاشتراك فى المؤتمرات الدولية والإقليمية والمحلية المعنية بشئون المخدرات ومكافحتها .

فضلاً عن تنفيذ ما تعقده من اتفاقات أو معاهدات ، كما تختص بالإشراف الفنى على أجهزة مكافحة المخدرات بمديريات الأمن ، وتدريب الضباط والأفراد والعاملين فى مجال مكافحة المخدرات على المستوى الدولى والإقليمى والمحلى ، وفيما يلى سوف نعرض لأهم إنجازات الإدارة العامة للمخدرات على الصعيد المحلى وذلك على النحو التالى :

- الحد من عمليات جلب المخدرات من مناطق الإنتاج إلى مصر ، وتحقق ذلك من خلال الرصد الدقيق لمصادر الإنتاج وخطوط التهريب ووسائل إخفاء مختلف أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية التى يتم جلبها إلى مصر ومتابعة ورصد تحركات كبار المهربين الدوليين ، واتخاذ الإجراءات اللازمة تجاه العناصر النشطة إجرامياً .

- تحجيم مشكلة الزراعات المخدرة غير المشروعة ، فتواصل الإدارة العامة لمكافحة

المخدرات حملاتها المستمرة لكشف وإبادة الزراعات المخدرة وبخاصة فى شمال وجنوب سيناء ، وقد شارك فى هذه الحملات قوات حرس الحدود وقوات الأمن المركزى ومديريات الأمن المعنية ، واستخدمت فى هذه الحملات الأجهزة والتقنيات الحديثة لتحديد موقع الزراعات وتسهيل وصول القوات إليها ، والقيام باستطلاع جوى لرصد تلك الزراعات ، وقد نجحت فى إبادة كم كبير من الزراعات غير المشروعة ، والتى قدرت بأكثر من ٣٠ مليون نبتة خشخاش وقرابة ٣٥ مليون نبتة قنب فى عام ١٩٩٨ وهى فى أطوار نموها الأولى دون أن يجنى زارعوها ثمارها ، مما حقق نجاحا ملموساً أثر على سوق الاتجار غير المشروع بشكل واضح .

– مكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية ، فتواصلت الضربات المؤثرة التى قامت بها الإدارة لبؤر الاتجار بالمخدرات والمؤثرات العقلية حيث قامت القوات بمداهمة العديد من مناطق التخزين وتكثيف الرقابة للحد من عمليات نقل وترويج المخدرات بين محافظات الجمهورية المختلفة ، وقد أسفرت جهود الإدارة عن ضبط آلاف القضايا على النحو السابق الإشارة إليه عند عرض حجم مشكلة المخدرات فى مصر .

– ضبط ومصادرة ثروات تجار ومهربى المخدرات ، واتساقاً مع أحدث الاتجاهات العالمية للمكافحة ، حرصت الإدارة العامة لمكافحة المخدرات دائما على توجيه المزيد من الجهود لعمليات تتبع ثروات وعائدات الاتجار غير المشروع بالمخدرات وحصر ممتلكات وثروات كبار تجار ومهربى المخدرات .

– تطوير الرقابة على المواد المخدرة ، فمن خلال جهود الإدارة لمتابعة حركة الاتجار بالمواد المخدرة غير المشروعة ، كشفت عن تزايد انتشار عقار الروهابينول المهبط فى أوساط المتعاطين بديلاً عن مخدر الهيروين ، وكذا تحول العديد من مهربى ومتجرى المخدرات التقليدية إلى التعامل فيه ، كنتيجة لعدم تجريم حيازته أو إحرازه بقصد التعاطى . ولذا بادرت الإدارة باتخاذ الإجراءات اللازمة لإدراج هذا العقار فى الجدول الثالث لقانون المخدرات رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ .

– الاهتمام بالعنصر البشرى والتدريب ، حيث شهدت الفترة الماضية اهتماما خاصا

بعمليات التدريب . فإلى جانب الاهتمام بجدية تنفيذ التدريب العام والأساسى لرجال المكافحة ، سعت الإدارة إلى عقد عدد من الدورات التدريبية فى بعض المجالات المتخصصة الجديدة التى كشف العمل الميدانى عن أهميتها وعن الحاجة إليها ، وفى هذا الإطار تم عقد دورة متطورة فى مجال التحريات وجمع المعلومات والمراقبات والتجهيزات الفنية ذات التقنيات العالية واللازمة لمواجهة التطور فى أساليب عصابات التهريب والتفتيش ومكافحة الزراعات المخدرة .

- الاهتمام بالتخطيط والبحوث الفنية ، حيث شهد عام ١٩٩٨ العديد من الإنجازات فى مجال التخطيط والبحوث الفنية كان من أهمها إعداد الخطة العامة للإدارة (٩٨ - ٩٩) ، متابعة خطة تطوير البناء التنظيمى للإدارة ، دراسة المشكلات القانونية والدعاوى التى ترفع ضد الوزارة المتعلقة بقضايا المخدرات .

وفيما يتعلق بجهود الإدارة العامة لمكافحة المخدرات على المستوى الدولى ، فقد شهدت ضبط العديد من القضايا الدولية المهمة وتبادل المعلومات ، التعاون الدولى بين الإدارة العامة والشرطة الملكية الكندية ، التعاون مع هيئة الأمم المتحدة ، التعاون العربى ، التعاون مع الدول الصديقة ومنظمة الانتربول [١] .

وإذا كان التقرير السنوى لعام ١٩٩٨ قد قام بأداء عدة إنجازات ، فإن التقرير السنوى ٢٠٠٠ دعم نفس الإنجازات مع إضافة أخرى يمكن تحديدها فى : مجال التدريب الدولى مع عدد من الدول الأجنبية والعربية وهى فرنسا / بلجيكا / الولايات المتحدة الأمريكية / إيطاليا / اليونان / تركيا / نيوزيلاندا ، إضافة إلى التعاون مع دولة الإمارات العربية والمملكة العربية السعودية ، وكذلك سعى رجال إدارة مكافحة المخدرات نحو تطوير نظم المعلومات والحاسب الآلى والقيام بأعمال التفتيش والرقابة لمجهودات الإدارة خلال عام ٢٠٠٠ [٢] .

وبالنظر إلى الجهود المختلفة التى تقوم بها إدارة مكافحة المخدرات نجد أنها تركز على

---

(١) الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ،التقرير السنوى ١٩٩٨ ، وزارة الداخلية ، مرجع سابق ، ص١٩-٣٠ .
(٢) الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى ٢٠٠٠ ، وزارة الداخلية ، مرجع سابق ، ص١٧-٣٢ .

شقين متلازمين ، حيث تلتزم من جهة بالاتفاقيات الدولية ، والاستراتيجية القومية من جهة أخرى ، مما يعزز التكامل بين الأدوار التى تؤديها الوزارات والهيئات المختلفة ، التى تساهم من خلال تخصصها فى مكافحة ظاهرة المخدرات .

ويعتبر الجانب الأكثر أهمية فى جهود رجال المكافحة ، هو الالتزام بأهمية شبكة المعلومات وربطها بقاعدة المعلومات المحلية ، علاوة على التأكيد على أهمية التواصل واكتساب الخبرات الجديدة من خلال عمليات التدريب الدولى بين مصر وبعض من شعوب المنطقة العربية والأجنبية .

ولعل من الجهود التى يمكن أن تضاف إلى الأدوار المتعددة لإدارة مكافحة المخدرات والتى تؤكد فى نفس الوقت على تبادل المعارف مع الشعوب الأفريقية خاصة ، الرابطة التى تم تأسيسها لضباط مكافحة المخدرات العرب والأفارقة ، حيث برزت فكرة إنشاء رابطة تضم الدارسين فى الدورات التدريبية التى تعقد فى مصر للتدريب على أعمال مكافحة المخدرات من خلال مطالبة الدارسين العرب والأفارقة باستمرار صلتهم بالمعاهد التى تلقوا تدريباتهم فيها بمصر بهدف دعم وتقوية العلاقات بينهم وبين جهاز المكافحة المصرى .

وقد طالب الدارسون الأفارقة خلال الحلقة التدريبية لمكافحة المخدرات التى عقدت بالقاهرة عام ١٩٨٧ بمركز بحوث الشرطة بإنشاء هذه الرابطة وذلك من خلال التوصيات المنبثقة عن هذه الحلقة ، واستمرت التوصية بهذا المطلب من جميع الدارسين فى كل الدورات التدريبية اللاحقة .

وبالنظر إلى الأدوار المختلفة التى يقوم بها رجال الإدارة العامة لمكافحة المخدرات نجد أنها لا تنفصل عن الجهود الأخرى ، التى اتخذتها الحكومة المصرية من أجل الحد من هذه المشكلة ، حيث تتكامل معها وتسير فى اتجاه الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات وعلاج التعاطى والإدمان ، كذلك يلعب رجال القانون دوراً مهماً وموازيا ومكملاً للجهود المحلية فى هذا الصدد من خلال التشريعات القانونية التى تسعى إلى مقاومة الظاهرة وتقيد انتشارها بين فئات المجتمع المختلفة، ولذا من الأهمية التعرف على الجهود التى يبذلها

رجال القانون فى التصدى لمشكلة المخدرات ، وذلك كما يتضح فى الفقرة التالية :

٢ - دور التشريع فى مواجهة ظاهرة المخدرات [١] :

تصدى المشرع المصرى لجرائم المخدرات منذ أمد بعيد ، وتوالت التشريعات متصاعدة فى الشدة لتتناسب مع تفاقم المشكلة ، فقد تطورت جرائم المخدرات من مجرد مخالفات إلى جنح بسيطة ثم جنحة مشددة ، وأخيراً أصبحت معظم جرائم المخدرات جنايات تتراوح العقوبات المقررة لها ما بين الأشغال الشاقة المؤقتة والمؤبدة ، وأخيراً وصلت إلى أقصى عقوبة وهى الإعدام .

ولقد مر التشريع المصرى بكثير من التعديلات ، فيما يختص بمشكلة المخدرات، حيث بدأ التشريع فى مواجهة تلك المشكلة منذ أواخر القرن ١٩ ، وتوالت التشريعات القانونية مواكبة لانتشار المشكلة وتضخمها .

ويعتبر أول مخدر اتجه المشرع إلى مكافحته هو الحشيش ، ففى ٢٩ مارس ١٨٧٩ صدر أمر عالى جرم استيراده ، وأوجب على السلطات الجمركية مصادرة ما يضبط منه ، كما منع زراعته ، وفرض على من يخالف أحكامه عقوبة الغرامة التى لا تزيد على مائتى قرش ، وتوالت التشريعات بظهور تشريع جديد كلما استجد نوع جديد من المخدرات من جهة أو بلغ إساءة استخدام العقاقير المخدرة ذروته ، وبتلك الطريقة تراكم داخل الدولاب القانونى العديد من القوانين المتصدية لمشكلة المخدرات بلغ ١٩ قانونا خاصا بالمخدرات ، صدرت منذ عام١٨٧٩- ١٩٨٩ ومعنى ذلك أن مشكلة المخدرات تحفل بتاريخ طويل من حياة المجتمع المصرى. وإن هذه القوانين الأخيرة رغم تشددها فى العقوبة ، إلا أنها لم تمثل حتى الآن رادعاً قوياً قادراً على القضاء على تلك المشكلة ، التى يعمل رجال القانون على مطاردتها منذ أكثر من مائة عام مضت ومازال تأثيرها قائماً بين العديد من شباب اليوم .

مما سبق يتبين أن التشريع المصرى يؤدى دوراً متنامياً فى مواجهة ظاهرة المخدرات منذ أواخر القرن ١٩ وحتى أوائل القرن الحادى والعشرين ، ومع ذلك فنحن نعانى وبشكل

(١) المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة ، مرجع سابق ، ص ٩٢ .

خطير من تصاعد أعداد المتعاطين ومن ارتفاع أعداد المقبوض عليهم فى قضايا لها صلة بإحراز وانتاج والاتجار فى المخدرات ، ويعنى ذلك أن التفكير فى حل مشكلة المخدرات ما زال بعيدا عن ارض الواقع ، ولم يمس حتى الآن جوهر المشكلة ، وأن الأمر بحاجة إلى مراجعة لقضايا المجتمع ولا سيما الاقتصادية والتى تعد محوراً أساسياً ليس فى علاج المشكلة الراهنة ، بل كافة مشكلات المجتمع المصرى .

وفى النهاية يمكن القول أن ما بذلته مصر من جهود فى سبيل مكافحة ظاهرة التعاطى والإدمان ، لا شك أنه ترك أثراً إيجابياً فى خفض معدلات العرض والطلب على المخدرات ، غير أنه غير كاف للتصدى لجوهر المشكلة وأسبابها الفعلية ، مما أدى إلى إخفاق محاولات القضاء عليها بصورة فعالة ويشهد على ذلك تاريخ الظاهرة فى مصر ، وحتى يتحقق الهدف المنشود فلابد من إجراء البحوث حول الأبعاد المختلفة لتلك الظاهرة ، واستنتاج الحلول من مقتضيات الواقع وحالات الأشخاص المتعاطين أنفسهم ، لمعرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة ، شأننا فى ذلك شأن الطبيب الذى يشخص المرض ثم يضع العلاج المناسب للقضاء عليه .

ويبدو أن ما تم اتخاذه من حلول حتى الآن فى مواجهة مشكلة المخدرات ، لم يستطع أن يؤثر بشكل فعال فى الحد منها ، طالما أننا لا نزال بعيدين عن الأسباب الجوهرية التى أسهمت فى تنامى المشكلة واستمرارها عبر سنوات طويلة من حياة المجتمع المصرى .

المبحث الثالث
الجهود الدولية

يسعى الباحث فى سياق هذه الفقرة ، إلى محاولة التعرف على الجهود المبذولة فى سبيل مكافحة المخدرات ، سواء كان اتجاراً أم تعاطياً ، ولما كانت أغلب مجتمعات العالم تعانى من مشكلة المخدرات وتضررت من آثاره ، لذا فهى تعد احدى المشكلات التى أصبحت تمثل دائرة الاهتمام والمناقشة على الصعيدين الدولى والمحلى ، وتعبيراً عن هذا

الاهتمام صدر العديد من الاتفاقيات والسياسات الدولية التى تسعى نحو مكافحة ظاهرة المخدرات ، التى سوف نعرض لبعضها وذلك على النحو التالى :

أولاً : الاتفاقيات الدولية بشأن مكافحة ظاهرة المخدرات :

بدأت فاعلية هذه الاتفاقيات تظهر بصورة واضحة بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى وإنشاء عصبة الأمم ، والدلالة الحقيقية للاتفاقيات الدولية هى أنها ترسم فى مجموعها شبكة من العلاقات القانونية تحدد مسارات المساعدة المتبادلة بين الدول المصدقة عليها لزيادة تمكين هذه الدول من التغلب على مشكلة المخدرات سواء بزيادة كفاءة المكافحة داخل أراضيها أو بالتعاون مع الغير على التصدى لها فى أبعادها الدولية [1] .

ويعتبر من الاتفاقيات المهمة التى ناقشت مشكلة المخدرات ، واتخذت اهتماماً دولياً حول تلك المشكلة ، اتفاقيات الأمم المتحدة لعام ١٩٦١ ، ١٩٧١ ، ١٩٨٨ فضلاً عما تمخض من سياسات دولية تسعى إلى مكافحة المخدرات ، وبروز الاهتمام الراهن بهذا الهدف من خلال الإعلان العالمى الذى ظهر فى فترة التسعينيات ، وعليه فمن الأهمية بمكان للتعرف على الجهود الدولية المبذولة فى هذا الشأن من خلال استعراض هذه الاتفاقيات والسياسات ، وذلك على النحو التالى :

١ - اتفاقية الأمم المتحدة لعام ١٩٦١ [٢] :

عقدت هذه الاتفاقية بناء على مؤتمر أقيم بمقر الأمم المتحدة بنيويورك من ٢٤ يناير حتى ٢٥ مارس سنة ١٩٦١ ، واشترك ممثلون عديدون من ٧٣ دولة شملت أربع دول عربية فقط هى الأردن - مصر - العراق - تونس ، بينما الدول الأخرى كانت دولاً متفرقة من أسيا وأفريقيا وأوروبا . وخرجت هذه الاتفاقية بعدد من القرارات كالآتى :

القرار الأول : يؤكد على المساعدة التقنية فى ميدان مراقبة المخدرات ، فضلاً عن ضرورة تعاون المنظمة الدولية للشرطة الجنائية فى تنفيذ مشروعات المساعدة التقنية .

---

(١) المرجع السابق ، ص ١٩٠ .

(٢) انظر : الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ ، الأمم المتحدة ، نيويورك ، ١٩٧٩ .

القرار الثانى : أكد على أن معالجة المدمنين فى المستشفيات فى جو خال من المخدرات هو من أنجح وسائل المعالجة ، كما حث الدول الأطراف التى تشكل المخدرات فيها مشكلة خطيرة على توفير هذه المرافق فيما لو سمحت مواردها الاقتصادية بذلك .

القرار الثالث : يلفت النظر إلى أهمية السجلات الفنية التى تحتفظ بها حالياً المنظمة الدولية للشرطة الجنائية عن التجار الدوليين ، كما أوصى القرار بأن تقوم الدول الأطراف باستكمال هذه السجلات قدر الإمكان بأن تستخدمها تلك المنظمة على نطاق واسع فى تعميم أوصاف هؤلاء التجار .

أما عن القرار الرابع فقد تضمن بعض القرارات الإدارية التى تيسر حسن تنفيذ هذه القرارات ، مثل تكوين لجنة المخدرات ، أما القرار الخامس فقد تضمن إنشاء جهاز المراقبة الأولى .

وفيما يتعلق بالقرارات التى اتخذها مؤتمر الأمم المتحدة للنظر فى تعديلات الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ ، فقد تضمنت ثلاثة قرارات ، يتعلق الأول منها بالتنظيم الداخلى لأمانة الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات . أما عن القرارين الثانى والثالث ، فكانا على النحو التالى :

القرار الثانى يذكر أن مساعدة الدول النامية دليل ملموس على رغبة المجتمع الدولى فى الوفاء ، بالالتزام الوارد فى ميثاق الأمم المتحدة بتشجيع التقدم الاجتماعى والاقتصادى لجميع الشعوب . ويشير أيضا إلى الترتيبات الخاصة التى اتخذتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بغية تقديم المساعدة التقنية فى ميدان مراقبة إساءة استعمال المخدرات. والقرار الثالث يوصى بأن تضع الدول الأطراف فى اعتبارها أن إدمان المخدرات غالباً ما يكون نتيجة لجو اجتماعى فاسد يعيش فيه معظم الأشخاص المعرضين لخطر إساءة استعمال المخدرات ، ولذا عليها أن تبذل كل ما فى وسعها لمكافحة انتشار استعمال المخدرات وكذلك ضرورة استحداث أنشطة ترفيهية وغيرها تؤدى إلى المحافظة على صحة الشباب البدنية والنفسية .

وبالإطلاع على قرارات هذه الاتفاقية نجد أنها ركزت على عدة جوانب أهمها : المساعدة التقنية فى ميدان مراقبة المخدرات ، معالجة المدمنين فى المستشفيات ، السجلات الخاصة بالمنظمة الدولية للشرطة الجنائية عن التجار الدوليين .

أما عن تعديلات الاتفاقية الوحيدة للمخدرات فقد ركزت على : الترتيبات الخاصة لتقديم المساعدة التقنية فى ميدان مراقبة إساءة استعمال المخدرات والنظر إلى الإدمان على أنه نتاج لجو اجتماعى فاسد ، وضرورة الاهتمام بأنشطة الترفيه .

ويلاحظ على هذه الاتفاقية أنها حصرت مكافحة المخدرات فى مجموعة من التوصيات ذات الطابع المادى كتقديم المساعدة التكنولوجية والعلاج ، والطابع المعنوى عند مراعاة الجو الأسرى لحياة المدمن ، دون أن تركز على الشخص المدمن ذاته ، والأسباب العديدة التى يمكن أن تدفع به إلى طريق الإدمان ، والتى ربما فى بعض الحالات يكون السياق الاجتماعى وظروف التخلف أحدها ، إذ يمكن اعتبار الفقر وانخفاض مستوى المعيشة وسيادة البطالة ، مبررات تفسر أسباب إدمان الشباب للمخدرات ، ولذا فإن المكافحة هنا ينبغى أن تكون من خلال سياسة التنمية الشاملة ، التى من شانها توفير حياة معيشة كريمة ، وتوفير فرص عمل لكل شاب ، وتوفر سكن لكل شاب ، وليس بالترفيه والأنشطة الترفيهية كما تؤكد الاتفاقية ، إذ أن فراغ الشاب وانحطاط معنوياته نتيجة للإحباط فى العجز عن تحقيق طموحاته ، لا يمكن أن يمتص بالترفيه وحده ، بل بتوفير المناخ الطبيعى والملائم لتفجير طاقات الشباب فى الطريق الصحيح .

٢ - اتفاقية الأمم المتحدة للمؤثرات العقلية لعام ١٩٧١ [١] :

جاءت هذه الاتفاقية تعبيراً عن قلق المجتمع الدولى من خطورة الاستخدام السيئ للامفيتامينات أو الاتجار غير المشروع لها ، ولذا خرجت الاتفاقية بعدد من القرارات على النحو التالى :

(١) أنظر : اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١ ، الأمم المتحدة ، نيويورك ١٩٧٩ .

القرار الأول يتعلق بالتطبيق المؤقت لاتفاقية المؤثرات العقلية فى حدود استطاعة الدول المشاركة فى هذه الاتفاقية ، حيث يدعو القرار الدول إلى أن تطبق بصفة مؤقتة التدابير الرقابية المنصوص عليها فى اتفاقية المؤثرات العقلية .

القرار الثانى يتعلق بالبحوث الخاصة بالمخدرات الامفتامينية ، ولذا يرى المؤتمر أن الامفيتامينات عرضة بوجه خاص لإساءة الاستعمال وللاتجار غير المشروع ، كما يرى أيضا أنه رغم أن القيمة العلاجية لهذه المخدرات معترف بها ، إلا أنها محدودة ولذا يرجى من جمعية الصحة العالمية أن تشجع البحوث المتعلقة بالمواد الأقل خطراً التى يمكنها أن تحل محل المخدرات الامفتامينية ، وأن تشمل هذه البحوث برعايتها فى حدود الموارد المتاحة .

القرارالثالث تضمن شكراً لدولة النمسا عما قدمته من تسهيلات لعقد هذا المؤتمر .

مما سبق نجد أن هناك تحولاً طرأ على فكر واهتمام المجتمع الدولى بقضية المخدرات وكان اهتماماً مواكباً للتطور الذى طرأ على أنواع المخدرات ، واستدعى اتخاذ التدابير الوقائية الملائمة لكل مرحلة ، فما خرجت به الاتفاقية لعام ١٩٦١ كان مناسباً للظرف والمكان فى حدود ما هو متاح من معلومات حول المخدرات خلال هذه الفترة الزمنية . غير أنه بحلول فترة السبعينيات عرف العالم بخطورة إساءة استخدام الامفيتامينات ، ومن هنا خرجت الاتفاقية الثانية لتواكب متطلبات تطور إشكالية المخدرات .

ولعل من أهم ما يلفت الانتباه فى قرارات هذه الاتفاقية ، هو الاعتراف بجدوى البحوث العلمية فى مواجهة مشكلات المجتمع ، واتفاق المجتمع الدولى على

ضرورة تشجيع البحوث خاصة على أنواع المخدرات الأكثر حداثة ، والتى بدأت تشكل تواجداً بارزاً فى سوق المخدرات .

٣- اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع فى المخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨[١] :

تعد هذه الاتفاقية من أهم اتفاقيات الأمم المتحدة فى مجال مكافحة المخدرات حيث أعربت الدول الأطراف عن بالغ القلق إزاء جسامة وتزايد إنتاج المخدرات

والمؤثرات العقلية والطلب عليها والاتجار فيها بصورة غير مشروعة ، خاصة مع تغلغل الاتجار غير المشروع فى المخدرات على نحو مطرد فى مختلف فئات المجتمع بما فيهم الأطفال الذين يستغلون فى عمليات الإنتاج والتوزيع .

وبناء على هذا القلق الذى ساور العديد من دول الأطراف المشاركة فى المؤتمر بشأن تزايد معدلات الاتجار غير المشروع ، بدأ النظر إلى تلك المشكلة من زوايا مختلفة مؤداها :

- أن الاتجار غير المشروع يدر أرباحاً وثروات طائلة تمكن المنظمات الإجرامية عبر الوطنية من اختراق وتلويث ، وإفساد هياكل الحكومات والمؤسسات التجارية والمالية المشروعة والمجتمع على جميع مستوياته .

- التصميم على حرمان الأشخاص المشتغلين بالاتجار غير المشروع مما يجنونه من متحصلات نشاطهم الإجرامى للقضاء على الحافز الرئيسى الذى يدفعهم إلى الاتجار .

- الرغبة فى القضاء على أسباب مشكلة إساءة استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية من جذورها .

- ضرورة اتخاذ تدابير رقابية على المواد التى تستخدم فى صنع المخدرات والمؤثرات العقلية .

- التصميم على تعزيز التعاون الدولى فى مجال منع الاتجار غير المشروع عن طريق البحر .

---

(١) أنظر : اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع فى المخدرات والمؤثرات العقلية ، الأمم المتحدة ، نيويورك ، ١٩٩١ .

- الحاجة إلى تعزيز واستكمال التدابير المنصوص عليها فى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ ، والصيغة المعدلة لها لسنة ١٩٧١ .

- تأكيد أهمية تقوية وتعزيز الوسائل القانونية الفعالة للتعاون الدولى فى المسائل الجنائية بغرض منع الأنشطة الإجرامية الدولية فى الاتجار غير المشروع .

وعلى أى حال فقد اتفقت مجموعة الدول الأطراف على إصدار الاتفاقية ، التى تهدف بصفة عامة إلى التعاون فيما بين الدول الأطراف حتى تتمكن من التصدى لمختلف مظاهر مشكلة الاتجار غير المشروع فى المخدرات والمؤثرات العقلية ، وعلى الأطراف أن تتخذ التدابير الضرورية بما فى ذلك التدابير التشريعية والإدارية وفقاً للأحكام الأساسية لنظمها التشريعية الداخلية .

وتضمنت هذه الاتفاقية ثلاثين مادة شملت جوانب مختلفة مثل : الجرائم والجزاءات ، الاختصاص القضائى ، المصادرة ، تسليم المجرمين ، المساعدة القانونية المتبادلة ، المواد التى يكثر استخدامها فى الصنع غير المشروع للمخدرات أو المؤثرات العقلية ، تدابير للقضاء على الزراعة غير المشروعة للنباتات المخدرة وعلى الطلب غير المشروع على المخدرات والمؤثرات العقلية ، الناقلون التجاريون الاتجار غير المشروع عن طريق البحر ، مناطق التجارة الحرة والموانى الحرة .

وبناء على العرض السابق يتضح أن هذه الاتفاقية واحدة من أهم الاتفاقيات التى حاولت أن تواجه مشكلة الاتجار غير المشروع ، ويعود ذلك إلى :

- الاعتراف بالاتفاقيات السابقة على هذه الاتفاقية ، إلى حد اعتبار الأخيرة مكملاً لها .

- اتساع دائرة الاهتمام العالمى فى إدراك المشكلة ، من خلال التركيز على العديد من الوسائل التى يمكنها محاصرة الاتجار غير المشروع ، ومن ذلك مثلاً التركيز على ضرورة مصادرة الأموال الناجمة عن الاتجار فى المخدرات ، وتحديد العقوبات فضلاً عن تقديم المساعدة القانونية المتبادلة وتسليم المجرمين ، وغير ذلك من الوسائل .

ولكن رغم جدوى هذه الاتفاقية وصدورها منذ عام ١٩٨٨ بين الدول الأطراف المصدقة عليهما ، فإن المشكلة مازالت مستمرة فى مصر وغيرها من دول العالم ، بدليل التصاعد الدائم فى أعداد المدمنين ، ويشهد سوق المخدرات مظاهر جديدة من حيث طبيعة تاجر المخدرات وخصائصه الاجتماعية والنفسية ، ولعل هذا يكشف عن مدى إخفاق مثل هذه الاتفاقيات فى مواجهة الاتجار غير المشروع ، وهذا لا يعود بالطبع إلى بنود الاتفاقية ذاتها ، قدر ما يعود إلى اختلاف أساليب التطبيق داخل كل دولة على حدة ، حيث هناك خصوصية مجتمعية وثقافية ربما تعوق التنفيذ الكامل لبنود الاتفاقية ، وتعد الظروف التمويلية لإجراء التنفيذ من أهم العقبات التى تواجه الكثير من الدول ، خاصة الدول النامية ومنها مصر ، الأمر الذى يفسر أسباب التباين فى حجم التجارة غير المشروعة من دولة لأخرى .

ثانياً : المستجدات فى مجال مكافحة المخدرات على المستوى العالمى (١) :

تعانى جميع الدول من النتائج المدمرة لتعاطى وإدمان المخدرات ، والتى يمكن أن تؤدى إلى تقويض البنية السياسية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية للدول مستنزفة مواردها البشرية والمادية . ويعتبر من أبرز المستجدات التى ظهرت عام ١٩٩٧ فى مجال خفض الطلب على المخدرات ما أشارت إليه التقارير الدولية من جوانب مهمة منها :

- تزايد انتشار الدعوات التى تروج لتعاطى المخدرات .
- تزايد تأثير وسائل الإعلام على الأطفال والمراهقين لتعاطى المخدرات .
- ظهور العديد من المعلومات والأفكار المثيرة حول إنتاج المخدرات غير المشروعة وصنعها وتناولها على الشبكة العالمية للمعلومات " الإنترنت " ، وهذه الشبكة وإن كانت تخترق كل الحدود الوطنية ، وتتحدى القيود المفروضة على نشر المعلومات التى تتعلق بالجانب الوقائى من المخدرات والتوعية بأضرارها .
- ظهرت دعاوى بالغرب للتسامح مع تعاطى المخدرات ، مثال ذلك العبارات التى

(١) أنظر : المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة ، مرجع سابق.

يتغنى بها النجوم العالميين لموسيقى البوب ذات الجماهيرية العريضة والتى تشجع بصورة مباشرة أو غير مباشرة على تعاطى المواد المخدرة خاصة الماريجوانا .

- أشارت بعض التقارير إلى حملات التشجيع على تعاطى المخدرات والتى بدأت تظهر فى الصحف والمجلات سواء العامة أو الطبية والتى تحبذ الاستعمال الطبى لبعض المخدرات .

- استغل بعض السياسيين شعار إباحة المخدرات فى حملاتهم الانتخابية بالوعد بإباحة الاستعمال الطبى للقنب أو بإلغاء التجريم .

- نهجت بعض الحكومات سياسة تخفيف العقوبات وتعاملت مع المدمن على أنه مريض يحتاج للرعاية حتى تفشت المخدرات فى تلك الدول وأصبحت فى حكم المشروعة (١) .

وبالتدقيق فى هذه التقارير السابقة نجد أن مصر وبعض الدول العربية ، تكاد لا ينطبق عليها ما وصلت إليه مجتمعات أخرى أجنبية فى مجال التعاطى ، غير أن هذا المد الفكرى الفاسد ، الذى يتسرب إلى بيئة الشباب والمراهقين ، خاصة فى ظل ثورة المعلوماتية ، بصورة تؤشر إلى أحد الجوانب السلبية لثورة المعلومات ، ولا سيما وأن العديد من الأطفال والشباب اليوم فى مصر يستخدمون الكومبيوتر وشبكة الإنترنت التى ما زالت بعيدة عن فرض القيود على ما ينشر عليها .

ومن هنا صعدت العديد من دول العالم حربها ضد المخدرات سواء كانت تلك الدول من عداد الدول المنتجة أو المستهلكة للمخدرات أو مجرد نقطة عبور لها ، مستخدمة فى ذلك كافة الأساليب الممكنة والمتطورة ضد هذه الأنشطة غير المشروعة ، سواء من حيث شن حملات إبادة للزراعات غير المشروعة أو من خلال تدمير المختبرات السرية للصنع غير المشروع للمخدرات أو اعتراض الشحنات المخدرة التى تستخدم فى معالجتها ، أو استحداث تدابير تشريعية ، ذلك إلى جانب التعاون الدولى بكافة صوره من أجل مواجهة

---

(١) المرجع السابق ، ص ١٦٢ .

المشكلة والتصدى لها والحد من الانتشار غير المشروع لتلك الأنشطة (1) .

ويعتبر من دلائل هذا الاهتمام العالمى بمشكلة المخدرات . الإعلان عن المبادئ الإرشادية فى خفض الطلب على المخدرات . والتى أكد فيه أعضاء الجمعية العامة للأمم المتحدة أن خفض الطلب على المخدرات يعد ضرورة

لا غنى عنها **Indispensable** لحل تلك المشكلة . ولذا ألزموا أنفسهم بجعل عام ٢٠٠٣ سنه الأساس فى إعداد استراتيجيات وبرامج جديدة فى مجال خفض الطلب ذلك إلى جانب الاهتمام الكبير بالصحة العامة والرفاهية الاجتماعية وتعزيز السلطات القانونية ، وضرورة إيجاد نتائج مهمة وذات قيمة فى مجال خفض الطلب **Demand Re-duction** بالوصول لعام ٢٠٠٨ ولقد وافقت الجمعية العامة

على وضع خطة لإنجاز الإعلان عن المبادئ الإرشادية فى خفض الطلب على

المخدرات ، بحيث تعتمد على المعرفة المكتسبة من البحوث والدروس المستقاة من البرامج السابقة (٢) .

مما سبق يمكن القول أنه رغم حرص المجتمع الدولى على مجابهة المشكلة بكل القوة والثبات ، وعلى استحداث آليات وإستراتيجيات وبرامج محلية وإقليمية

وعالمية متوازنة لمكافحة العرض وخفض الطلب ، إلا أن مشكلة المخدرات مازالت قائمة بعالميتها المعقدة وجوانبها العديدة .. إضافة إلى ذلك أن المنطقة العربية مازالت من أكثر المناطق استهدافاً لاستهلاك المخدرات واتخاذها منطقة عبور للعديد من أنواع المخدرات الواردة من مناطق الإنتاج والتصنيع ، إلا أن ما تتمتع به شعوبنا من مفاهيم عقائدية وسلوكية وبيئية وثقافية واقتصادية واجتماعية راسخة إلى جانب تضافر الجهود وما تبذله أجهزة المكافحة العربية من عطاء ، قد أدى إلى تحجيم أشكال تعاطى المخدرات ، والحد من

(1) UN, " world Drug Report 2... , UNO Dccp , united Nations office For Drug control and crime prevention , printed in Great Britain by the Bath press Led , Bath , 2000 p . 87 .

(٢) المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، مرجع سابق ، ص ١٦٧ .

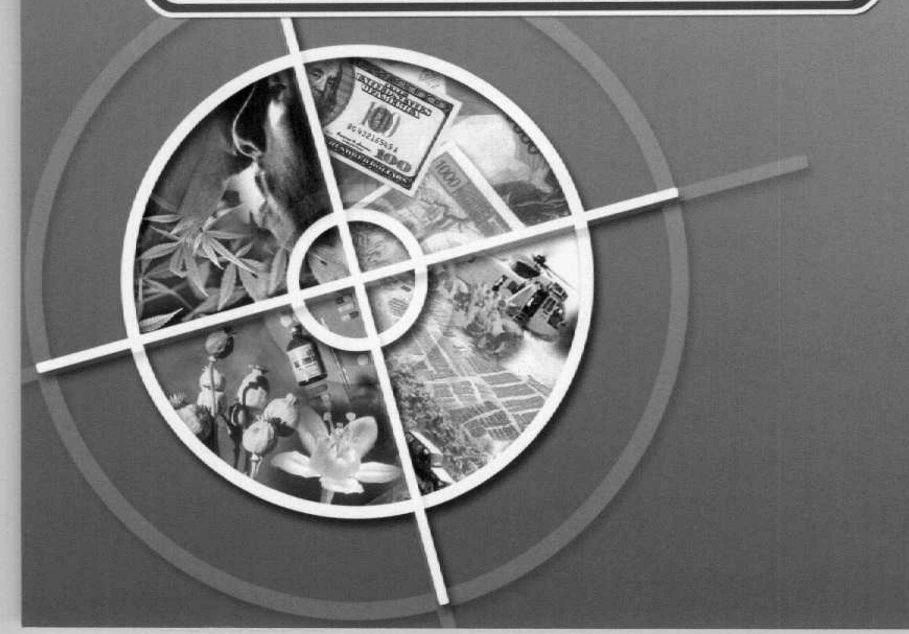
عمليات التهريب إلى بلدان المنطقة .

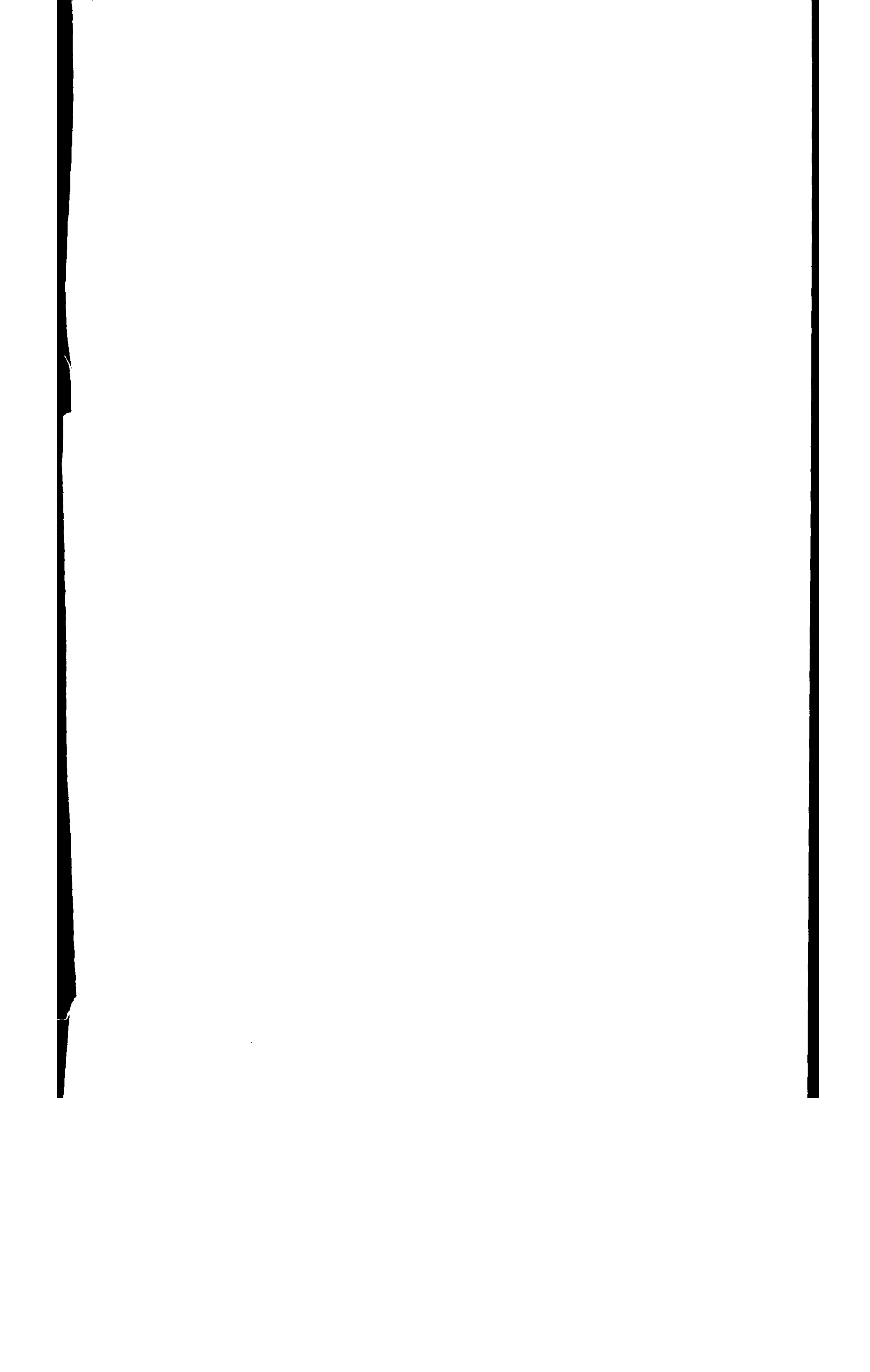
وأخيراً يمكن القول أن هناك إنذاراً خطراً يمكن أن نستنتجه من التقارير الدولية والمستجدات فى مجال المخدرات على النطاق العالمى .. يتلخص فى المد الفكرى الفاسد وبعض التصورات العالمية الراهنة الداعية إلى إباحة التعاطى للمخدرات ، ومن ثم لابد أن يكون لدينا ما ندفع به هذه الأفكار بعيداً عن عقول شبابنا وأطفالنا ، إذ يمثل ذلك الموقف تحديا قويا أمام الاستقرار الاجتماعى والاقتصادى فى مصر وغيرها من الدول المستهدفة داخل المنطقة العربية .



الفصل السادس

الإسهامات البحثية في مجال تعاطى و ادمان المخدرات





الفصل السادس

الإسهامات البحثية فى مجال تعاطى وإدمان المخدرات

أولاً : الوضع الراهن لدراسات المخدرات :

١- إطلالة على بعض الدراسات العالمية حول ظاهرة المخدرات .

٢- المسح الشامل لبحوث ودراسات المخدرات فى مصر .

ثانياً : بعض الإسهامات البحثية حول ظاهرة المخدرات :

١- دراسة نادرة عبد الحليم وهدان ١٩٨٦ .

٢- دراسة مصطفى سويف ١٩٩٦ .

٣- دراسة روبرتو ليرنر ١٩٩٧ .

٤- دراسة المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ١٩٩٩ .

٥- دراسة المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ٢٠٠٠ .

ثالثاً : تعليق عام على الدراسات السابقة .

تمهيد :

يسعى الباحث من خلال هذا الفصل إلى محاولة التعرف على الجهود والإسهامات البحثية فى مجال دراسة ظاهرة المخدرات ، وعلى الأخص الدراسات التى تركز على مشكلة التعاطى والإدمان .

ولكن قبل عرض هذه الدراسة رأى الباحث ضرورة تقديم توضيح للصورة العامة التى تبدو عليه الدراسات العالمية والمحلية والجوانب التى اهتمت بها هذه الدراسات فى معالجة ظاهرة المخدرات . من خلال عرض ملخص لبعض الدراسات العالمية ، فضلا عن عرض مختصر لإحدى الدراسات الجادة فى مجال توثيق بحوث المخدرات فى إطار العلوم الاجتماعية ، وهى دراسة المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان والتى تقع تحت عنوان : ظاهرة المخدرات دراسة توثيقية للبحوث والدراسات الاجتماعية ، وذلك من أجل إعطاء صورة عن الوضع الراهن لدراسات المخدرات فى مصر .

وبعد مسح التراث حول دراسات المخدرات وخاصة التى تعالج مشكلة التعاطى بين الشباب ، اتضح أن هناك عدداً لا بأس به من الدراسات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التى شارك فيها معظم العلوم الاجتماعية بدرجات ونسب مختلفة (وهذا ما تفسره الدراسة فى سياق الفقرة الأولى من الفصل) . وعليه وقع الاختيار على خمس دراسات منها ، ويعود ذلك الاختيار إلى المبررات التالية :

- تكرار موضوعات البحوث بين التخصصات العلمية المختلفة .

- تنوع هذه الدراسات المختارة ، بالقدر الذى يسمح بتكوين رؤية متكاملة حول الظاهرة موضوع الدراسة .

- التنوع فى وقت إجراء هذه الدراسات ، مما يتيح فرصة أوسع لمعرفة التغيرات التى لحقت بظاهرة المخدرات .

- أن معظم الدراسات المختارة ، قام على تنفيذها هيئات علمية وبحثية على درجة كبيرة من التخصص ، مما يؤكد أهمية نتائجها ، ويبرر فى نفس الوقت جدوى الاعتماد عليها ، لكى تكون موجها للدراسة الراهنة .

وفيما يتعلق بأسلوب عرض الدراسات السابقة المختارة ، فإن الباحث رأى أن أسلوب العرض التاريخى (من حيث وقت إجراء الدراسة) يكون الأساس فى التعرف على هذه الدراسات وفهم أبعاد الظاهرة موضوع الدراسة الراهنة ، على أن يقدم فى الفقرة الأخيرة من هذا الفصل رؤية نقدية شاملة للدراسات الخمس من خلال تعليق عام يهدف إلى الكشف عن جوانب الاهتمام والإهمال فضلا عن الجوانب التى استفاد منها الباحث من هذه الدراسات .

أولا : الوضع الراهن لدراسات المخدرات :

١ - إطلالة على بعض الدراسات العالمية حول ظاهرة المخدرات :

تمكن بعض الباحثين فى مختلف أنحاء العالم من تحديد هوية أسر المدمنين بصفة عامة ونستعرض هنا بعض هذه النتائج .

- فى بحث أجراه سيلدين ناثان[1] Seldin Nathan على المراهقين والشبان المعتمدين على الأفيون وأسرهم ، اتضح عدم نضوج شخصية المدمن نتيجة أن الأسرة لا تتيح الثبات البيئى للنضوج العاطفى ، فالأب منفصل وغير معنى بشئون أسرته والأم مسيطرة على كل شئون الأسرة وغير ناضجة عاطفياً وتعانى من التقلب الوجدانى نحو دورها كأم .

- وفى بحث أجراه روزنبرج وشيم [2] Rosenberg & Chaim ثبت أن غالبية

(1) Seldin Nathan . The Family of the Addict, a Review of the Literature international Journal of the addition . 97 - 107 . 1972 .

(2) Rosenberg & Chaim . Young Drug Addicts . the Journal of Nervous and Mural Disease 65 - 73 . 1965 .

المدمنين ينتمون إلى أسر مفككة اجتماعياً يأتى منها المدمن غالباً ما تفتقر إلى التماسك والأم غير ناضجة ومتقلبة أما الأب فهو متغيب دائما عن المنزل لا دور له فى حياة الأسرة .

- أما اتاردو ميتى [1] Attardo Mettie فقد وجد فى عينة بحثه أن ٦٥٪ من المدمنين فقدوا آباءهم قبل السادسة من العمر .

- وفى بحث روزنبرج وشيم Rosenberg & Chaim توصلا إلى أن أسر المدمنين ترتفع فيها درجة الاضطراب فى الشخصية والعداء الشديد للأب والارتباط بالأم .

-وفى بحث فرانكيل وفيليس [2] Frankel , Phylis M. أثبتا أهمية العلاقة بين المدمن وابنه ، وأن الأب غالباً ما تربطه بابنه المدمن علاقة باردة جافة تصل إلى حد النفور.

- وفى بحث ديفروست جون [3] Defrost John أثبتت أن الأب فى أسرة المدمن قوى غير صديق لأولاده ويعتمد على وساطة الأم فى علاقته بهم .

- وفى بحث الكسندر بروس[4] Alexander Bruca عن مدمنى الأفيون وجد أن الأبناء المدمنين يعتمدون اعتمادا كلياً على الأب أو الأم فى حل كل مشكلاتهم ، وأنهم غير قادرين على مواجهة الحياة بدون الأسرة .

وفى مجلة [5] International Journal of the Addiction ثبت :-

- أن المدمن يأتى من أسرة تتميز فيها الأم بتغلب الوجدان والرفض للابن (فورت Fort) -أن عدم الرقابة فى الأسرة تساعد على انحراف الأبناء خاصة نحو الإدمان

(1) Attardo , Nettie . Psychodynamic Feetons in Mother - Child Relation Ship in Adolescent Drug Addiction : A Comparison of Mothers of A Schizopherapy and Psychosomatic, 249 - 255. 1965.

(2) Frankel , Phylis M . Behling , Chaneles F. The Parents of Drug Users .Journal of College Students Personnel 244 - 247 . 1975 .

(3) Defrost , John W. Drug Abuse . A Family Affair Journal of Drug Issues 13. - 134 . 1974 .

(4) Alexander , Bruce . Opiate Addicts And Their Parents Family Process - 499 - 514 . 1975 .

(5) International Journal of the Addiction . The Family of Addict . 1972 .

(فيلانت - Vaillant)أن عدائية الأب للابن تؤدى إلى الإدمان (فريزر - Frazier) أن أمهات المدمنين كثيرا ما يكونون مرضى عاطفياً ونفسياً (ولكوند وديسكند .(olkond & Diskind أن ٦٠٪ من عينة المدمنين الذين أجرى عليهم بحثه جاءوا من أسر يدمن فيها الأب (كهلان Kahlan) أن استعمال الآباء للعقاقير يؤثر فى تناول أبنائهم لنفس العقار وأوضح أن ٤٠٪ من المدمنين كان آباؤهم أيضا مدمنين (بلوم Bloom ومعاونوه عام ١٩٧٠ - ١٩٧٢) .

أن ضعف التربية الدينية فى الأسرة من أهم أسباب الإدمان وقد وجد فى عينة البحث أن الأسرة المفككة تقف وراء ٨٢٪ من أفراد العينة (بروكيل Brukell) وهكذا يضع هؤلاء الباحثون أمامنا المواصفات التالية لأسرة المدمن :

تفكك الأسرة ، غياب الأب بسبب الوفاة أو الهجر ، غياب الرقابة الأسرية ، استبداد الأم بالسلطة داخل البيت وغياب سلطة الأب ، العلاقة المرضية بالأب أو الأم ، تدليل الآباء للأبناء وعدم إدماجهم فى الجو المحيط ، عدم تكيف الأسرة مع المجتمع المحيط بها ، اضطراب الأم نفسياً ووجدانياً ، إدمان أحد الأبوين ، عدم وجود القدوة أمام الأبناء وضعف الواعظ الدينى .

٢- المسح الشامل لبحوث ودراسات المخدرات فى مصر :

يعالج الباحث فى سياق هذه الفقرة اتجاهات العلوم الاجتماعية المختلفة فى دراسة ظاهرة المخدرات ، ومجالات الاهتمام التى ركزت عليها هذه الدراسات ، وذلك على النحو التالى :

المخدرات والدراسات النفسية :

اهتمت البحوث والدراسات النفسية التى تناولت ظاهرة المخدرات بمجموعة من القضايا التى تقدم فى مجملها بانوراما عامة عن الظاهرة من جوانب متعددة ، وتتمثل هذه القضايا فيما يلى :

- حجم انتشار الظاهرة بين الفئات الاجتماعية والمهنية المختلفة واتجاهاتهم ومعتقداتهم نحوها .

- ديناميات شخصية المتعاطى والمدمن ومفهوم الذات .
- الصراعات والمشكلات النفسية والاجتماعية الدافعة للتعاطى والإدمان .
- أساليب التنشئة ودورها فى تكوين البناء النفسى للمدمن .
- التعاطى والاضطرابات الصحية والجسمية والنفسية .

قضايا المخدرات فى علم الاجتماع :

مثلت ظاهرة المخدرات محوراً للعديد من الدراسات فى علم الاجتماع ، وكانت موضعاً لاهتمام الباحثين من حيث التركيز على عدد من القضايا . ولقد بلغ عدد الدراسات التى قامت بدراسة الظاهرة من خلال علم الاجتماع فى الفترة من ١٩٧٠ -١٩٩٦ ، ٣٠ دراسة وتشير البيانات إلى تركز هذه الدراسات فى الفترة من١٩٩١ - ١٩٩٦ حيث بلغ عدد الدراسات ١٨ دراسة بنسبة ٦٠٪ من إجمالى الدراسات الكلية لعلم الاجتماع . ويرجع التزايد فى عدد الدراسات بالنسبة لتلك الفترة إلى مواكبتها للتغيرات الكمية والنوعية فى المواد المخدرة ، وما يتبعها من إدمان فئات اجتماعية متنوعة لهذه المواد . الأمر الذى يشير إلى تنامى الاهتمام العلمى بالأبعاد الاجتماعية لهذه الظاهرة .

وعلى الرغم من قدم الدراسات الاجتماعية فى هذا المجال ، إلا أنها تعد غير كافية من جهة ولا تتناسب مع حجم وجود الظاهرة إلى الواقع الاجتماعى من جهة أخرى ولذا فإن الحاجة ملحة من جانب هذا العلم خاصة (*) .

وعلى أية حال فقد اهتمت الدراسات الاجتماعية بعدد من القضايا التى تدور حول ظاهرة المخدرات ، فكانت هناك دراسات اهتمت بالفئات الاجتماعية وبصفة خاصة الشباب ، واحتلت نسبة ٣٦,٦٪ بالنسبة لإجمالى الدراسات التى تم توثيقها فى علم الاجتماع ، ودراسات أخرى عن الجوانب الاجتماعية للظاهرة ، حيث احتلت نسبة

(*) اعتمد الباحث فى عرض البحوث والدراسات الراهنة حول المخدرات على الدراسة التالية :
المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، ظاهرة المخدرات : دراسة توثيقية للبحوث والدراسات الاجتماعية القاهرة ٢٠٠٠ .

٣٣,٣٪ ، وتأتى بعد ذلك دراسات حول التنشئة الاجتماعية حيث مثلت ٢٣,٣٪ لإجمالى الدراسات ، أما الانتشار الجغرافى للظاهرة فقد احتل نسبة٦,٦٪ لإجمالى الدراسات الكلية فى مجال علم الاجتماع .

وتنوعت المناهج المختلفة لدراسة الظاهرة ، فمنها الذى استخدم الأسلوب الوصفى بينما استخدم البعض الآخر المنهج الأنثروبولوجى ، وكان الهدف فى بعضها التعريف بأبعاد الظاهرة والوقوف على حجمها ، بينما هدف البعض الآخر إلى التعرف على آثارها على الفرد والمجتمع ، وأخيرا اهتم عدد من هذه البحوث بتقديم مقترحات بشأن طرق العلاج والمواجهة .

وقد تباينت مستويات دراسة ظاهرة المخدرات بين المستويين ، مستوى المجتمع ككل (ماكرو) والدراسات التى أجريت عن انتشار الظاهرة فى مجتمعات ريفية وصحراوية . أما على المستوى الميكرو ، فقد كانت هناك دراسات تضم مجتمعات المدمنين والوحدات العلاجية والسجون والمصحات ، وبالتالى فقد فرض كل منهما إتباع أساليب بحثية متنوعة .

قضايا المخدرات فى مجال الخدمة الاجتماعية :

تعددت القضايا التى ركزت على دراسة ظاهرة المخدرات فى مختلف أبعادها فى مجال الخدمة الاجتماعية ، إلا أنها لم تشمل العديد من القضايا المهمة الأخرى ، وخاصة تلك التى تتصل بالعوامل المؤدية إلى الاتجار وشخصية التاجر والمدمن ، كما لم تدرس العوامل المؤدية إلى الاتجاه لزراعة المواد المخدرة .

ولوحظ أن أكثر القضايا التى تم التركيز على دراستها ، كانت تتصل بقضايا العلاج من الإدمان ، وكان ذلك بنسبة ٦١,٥٪ ثم انخفضت إلى ٣٠,٨٪ فى القضايا الخاصة بالوقاية من الإدمان ، فى حين اهتمت دراستان فقط بالعوامل المؤدية إلى الإدمان إذ بلغت نسبتها ٧,٧٪ فى مختلف سنوات الدراسة .

مجالات الاهتمام فى الدراسات القانونية لظاهرة المخدرات :

تتركز الدراسات والمراجع القانونية التى تناولت ظاهرة المخدرات فى إطار علم القانون الجنائى وإجراءاته القضائية ، وذلك نظراً لكون أغلبية هذه المراجع تعد كتبا دراسية مقررة فى الجامعات المصرية المختلفة . وتعانى هذه الدراسات من تكرار موضوعات الاهتمام ، بالإضافة إلى سيادة طابع البحوث النظرية على الدراسات القانونية حول ظاهرة المخدرات ، ومن ثم فقد افتقدت هذه الدراسات إلى البحوث ذات الطابع التطبيقى .

بحوث المخدرات وعلم التربية :

ركز المجال التربوى فى دراسة ظاهرة المخدرات على الدور التربوى بالنسبة لمواجهة الإدمان والوقاية منه ، من خلال الأسرة والمؤسسات الاجتماعية للطلاب والشباب فى مختلف مراحل التعليم . وقد عولجت هذه الموضوعات فى ١٦ دراسة من خلال المؤتمرات والرسائل الأكاديمية والبحوث التربوية .

وقد بلغت نسبة الدراسات التربوية إلى مجموع الدراسات الاجتماعية ٨,٤٪ مما يشير إلى تضاؤل الاهتمام بالدراسات التربوية فى مجال المخدرات ، وذلك رغم أهميتها ودورها الإيجابى فى الحد من الظاهرة ، حيث ترجع معظم الأسباب الدافعة للتعاطى إلى القصور التربوى سواء من جانب الأسرة أو المؤسسات التربوية الأخرى مثل المدرسة والإعلام والنادى ... الخ .

الدراسات السياسية وظاهرة المخدرات :

أظهرت النتائج الكمية للدراسة التوثيقية عن ظاهرة المخدرات فى مصر ضعف اهتمام العلوم السياسية بدراسة هذه الظاهرة . إذ لم يتم حصر سوى أربع دراسات سياسية خلال فترة الدراسة الممتدة لأكثر من ربع قرن .

وتوضح نتائج التوثيق أن هذه الدراسات السياسية تقع فى إطار علم السياسات العامة حيث تناول ثلاثة منها موضوع السياسة العامة أو الاستراتيجية القومية المتكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى ، فى حين ركز التقرير الرابع على قياس رأى عام

النخبة المتخصصة حول مشروع قانون المخدرات رقم ١٢٢ قبل صدوره عام ١٩٨٩ . وقد صدر ثلاثة من هذه التقارير البحثية تحت مظلة المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان ، وكانت جميعها في الفترة ما بعد ١٩٩١ ، في حين صدر التقرير الرابع عن المجالس القومية المتخصصة ، ورغم صدوره بدون تاريخ إلا أن محتواه يدل على صدوره في الفترة بعد ١٩٨٦ .

البحوث الإعلامية وظاهرة المخدرات :

أظهرت النتائج الكمية للدراسة التوثيقية ضعف إسهام الدراسات الإعلامية فى تناول ظاهرة المخدرات فى مصر ، وخلا المجال إلا من ثلاثة بحوث . وقد صدرت جميعها فى الفترة ما بعد ١٩٩١ ، الأمر الذى يشير أيضا إلى تأخر الاهتمام بدراسة دور وسائل الإعلام فى هذه الظاهرة مدا و جزرا ، وتوضح النتائج أيضا أن أحد هذه البحوث قد جاء فى شكل رسالة ماجستير أما الآخران فصدرا فى شكل كتاب . ومن ثم فقد افتقرت الدراسات الإعلامية حول الظاهرة إلى التقارير البحثية الجماعية .

ثانيا : بعض الإسهامات البحثية حول ظاهرة المخدرات :

١- دراسة نادرة وهدان حول :

الآثار الاجتماعية والاقتصادية لظاهرة انتشار المخدرات فى جمهورية مصر العربية وتشير الباحثة فى مقدمة هذه الدراسة إلى أن انتشار المخدرات فى الآونة الأخيرة أصبح ظاهرة اجتماعية تمثل مشكلة من أخطر المشاكل التى تواجه المجتمع المصرى نظراً لآثارها المدمرة اقتصادياً واجتماعياً ، حيث تشوه هذه السموم الإنسان نفسيا واجتماعيا وعضويا بصورة متزايدة وتفشيها بين جميع المستويات والفئات الاجتماعية وتأثيرها السيئ على الأسرة المصرية - التى تعتبر نواة المجتمع وحلقة أساسية فى سلسلة تتابع أجياله وتشكيل مستقبل الوطن كله .

ومنذ منتصف السبعينيات تحولت ظاهرة انتشار المخدرات من مجرد ظاهرة اجتماعية إلى مشكلة قومية معقدة ذات تكلفة اقتصادية واجتماعية باهظة تضيف أعباء إضافية إلى

الاقتصاد المصرى الذى يعانى أصلاً من مشكلات متعددة ،مما ينعكس سلبياً على خطط وبرامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، ذلك أن عدد المدمنين يزداد يوما بعد يوم ويرجع ذلك إلى قفزات الثراء التى حققها بعض الفئات وكذلك الإنجازات التى حققها العلماء فى مجال الكيمياء والفارماكولوجى .

وتهدف هذه الدراسة إلى :

- تحديد ماهية المخدرات وآثارها العضوية والنفسية على الإنسان .

- التعرف على الأسباب التى تؤدى إلى الإدمان والظروف البيئية للمدمنين ومدى الضرر الذى يواجه الأسرة المصرية بسبب إدمان أحد أفرادها .

- تقدير الأضرار المختلفة للمخدرات على الاقتصاد القومى المصرى وتحليل آثارها إحصائيا واقتصاديا للتعرف على عواملها المسببة والمنشطة .

- تقدير ما تتحمله الدولة من أموال لمكافحة انتشار المخدرات .

ولتحقيق الأهداف السابقة اعتمدت الدراسة على معطيات البحوث السابقة التى تناولت بشكل مباشر أو غير مباشر المشكلة موضوع البحث ، وكذلك على بيانات مركز بحوث الشرطة وأجهزة وزارة الداخلية خاصة فيما يتعلق بتحليل أثر المخدرات على الاقتصاد القومى وتقدير تكلفة المكافحة المباشرة للمخدرات فى مصر .

كذلك اتبع أسلوب البحث الميدانى من خلال دراسة لبعض الحالات تم اختيارها عشوائيا لتقييم أثر المخدرات على الأسرة المصرية ، وتم الحصول على البيانات والمعلومات المطلوبة باستخدام استمارة استبيان ، كما تم مقابلة بعض الحالات لتغطية بعض الجوانب النفسية للمدمن كان من الصعب الحصول عليها من خلال بيانات " الاستبيان " .

هذا وتناقش الدراسة ثلاثة موضوعات أساسية تدور جميعها حول الهدف العام للدراسة حيث يناقش الفصل الأول الآثار الاجتماعية والاقتصادية لظاهرة انتشار المخدرات على الإنسان ، ويتضمن هذا الفصل مبحثين ، يتناول المبحث الأول تعريف المخدرات وآثارها العضوية والنفسية ، أما المبحث الثانى فيتناول موضوع الإدمان وسوء الاستعمال ، وفيما

يتعلق بالفصل الثانى فيناقش الآثار الاجتماعية والاقتصادية لظاهرة انتشار المخدرات على الأسرة المصرية ، بينما الفصل الثالث يركز على الآثار اجتماعية والاقتصادية على الاقتصاد القومى المصرى .

وبناء على ذلك خرجت الدراسة بمجموعة من النتائج وهى :

البيانات الأساسية :

١- العمر ومحل الإقامة : بلغ متوسط العمر الزمنى لأفراد العينة ٣٣ سنة ، وبتوزيع أفراد العينة طبقا لمحل الإقامة وجد أن مدينة القاهرة كان يخصها ٦٢٪ من إجمالى أفراد العينة تليها محافظة الجيزة فالإسكندرية .

٢- الحالة التعليمية للمبحوثين : اتضح أن نسبة عدد الأفراد الأميين المدمنين كانت ٣٠٪ تليها نسبة الحاصلين على مؤهل متوسط فكانت ٢٦٪ مما يشير إلى القول بأن الحالة التعليمية تؤدى دوراً فى مدى إقبال الشخص على الإدمان . غير أن هذا الاعتقاد قد تهدمه النسبة التى ظهرت أمام الحاصلين على مؤهل فوق المتوسط والمؤهل العالى فنجدها ١٦٪ وهى نسبة لا يستهان بها .

٣- الحالة الاجتماعية : بلغت نسبة المتزوجين فى العينة ٤٦٪ بينما غير المتزوجين ٤٢٪ ، وأن نسبة المطلقين والأرامل نسبة ليست عالية . ولقد وجد أن ٢٢٪ من أفراد العينة لديه من ١-٣ أولاد ، ٢٠٪ من أفراد العينة لديه من ٣-٥ أولاد يتدرجون فى مراحل التعليم المختلفة . أيضا أوضحت الدراسة أن ٢٨٪ من أفراد العينة حرفيون غير مهرة .

٤- بيانات عن نوع المخدر وأسباب الإدمان : أوضحت الدراسة أن ٢٢٪ من إجمالى أفراد العينة لديهم تشوهات ولابد أن هذا سيؤثر على سلوكهم ، وقد يدفعهم إلى الهروب من الناس بالإدمان . ومن حيث كيفية قضاء وقت الفراغ يتوزع أفراد العينة على ثلاث مجموعات : مجموعة أولى وتمثل ٣٨٪ من إجمالى عدد أفراد العينة تقضى وقت فراغها مع الأصدقاء فى أماكن اللهو المختلفة . ومجموعة ثانية تمثل ١٠٪ من إجمالى عدد

أفراد العينة تقضى وقت فراغها فى المقهى أما المجموعة الثالثة والأخيرة وتمثل ٢٪ فتقضى وقت فراغها فى المنزل وعلى الرغم من وجود ارتباط بين الحالة الصحية للمبحوث وكيفية قضاء وقت الفراغ ، وجد أن هناك ارتباطا بين المتغيرين ولكنه ضعيف ، وبالنسبة لنوعية المخدر وجد أن ٥٠٪ من أفراد العينة يتعاطون أكثر من نوع من المخدرات ، ٢٠٪ يتعاطون الحشيش ، ٨٪ يتعاطون بنفس هذه النسبة الأفيون ، الهيروين ، الكوكايين و ٦٪ يتعاطون المواد المخلقة .

العوامل الاقتصادية والاجتماعية : توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج منها ما هو متصل بتوزيع أفراد العينة حسب الدخل ومصادره وعدد سنوات التعاطى للمخدرات ونسبة الإنفاق عليها . فقد أوضحت الدراسة على سبيل المثال أن أفراد العينة يتعاطون المخدرات من ٥-١٠ سنوات بنسبة ٤٢٪ ، ومن ١٠-١٥ سن بنسبة ٢٢٪ ، ومن ١٥-٢٠ سنة بنسبة ١٦٪ ، وأن ٣٤٪ من هؤلاء ينفقون ما بين ١٠-٢٠ جنيها يومياً على شراء المخدر ، ٢٠٪ منهم يدفعون من ٣٠-٤٠ جنيها ، ويصل الأمر بالبعض ويمثلون ٤٪ من إجمالى العينة ينفقون ما بين ٩-١٠جنيهات فى اليوم الواحد من أجل التعاطى للمخدر رغم أن ٦٦٪ من إجمالى العينة تتراوح دخولهم ما بين ١٠٠-٤٠٠ جنيه فى الشهر .

هذا وتشير النتائج أيضا أن جو الأسرة يعد عاملاً يؤدى إلى الإدمان ممثلا فى إدمان الأب حيث أن إدمان الأب قد يبيح الإدمان بين أفراد الأسرة . وفى ضوء ذلك وجد أن ٣٦٪ من أفراد العينة كان الأب يدمن المخدرات ، ٦٤٪ كان الأب لا يدمن المخدرات . وهذا ليس دليلا على أن إدمان الأب يكون دافعاً لإدمان الابن كما أشارت الدراسة إلى أن هناك دوافع اجتماعية أخرى تتمثل فى تفكك الأسرة وغياب الرقابة الأسرية والارتباط أكثر بالزملاء وعدم وجود القدوة أمام الأبناء وعدم واقعية التطلع للمستقبل وعدم الثقة فى المؤسسات الاجتماعية الرئيسية .

استنتاجات عامة : انتهت الدراسة إلى أن الأسرة المصرية قد أضيرت اجتماعيا واقتصاديا نتيجة انتشار ظاهرة المخدرات فى مصر ، فإدمان الأب لا يوفر جو الأمان والاستقرار فى حياته أو حياة أسرته ، كما أنه يتيح عدم ممارسة ضبط النفس مما يهيئ المناخ

والبيئة المناسبة التى تتيح تكوين سمات فى أبنائهم تساعد على الاعتماد على العقاقير . كما أشارت الباحثة أيضا إلى أهمية إحساس الطفل بالطمأنينة داخل أسرته وما لذلك من أثر بالغ على تعاطيه في المستقبل ، وأن ذلك قد يكون مدعاة لأشكال أخرى من الانحراف كالسرقة مثلا للحصول على المخدر .

٢-دراسة مصطفى سويف حول :

" المخدرات والمجتمع : نظرة تكاملية " (*)

وتعد من بين الدراسات النظرية التى جاءت على هيئة كتاب ضمن سلسلة عالم المعرفة ، وتهدف هذه الدراسة عامة إلى تكوين رأى عام مستنير ومواكب للمنظور العلمى الحديث حول موضوع تعاطى المخدرات ، فضلاً عن إعانة قطاعات عريضة نسبيا من بين المواطنين العاديين على القيام بأدوار فعالة فى التصدى لموضوع التعاطى وعلاج مشكلاته الاجتماعية والصحية . وتنقسم الدراسة إلى سبعة فصول يمكن تناول محتوى كل منها والهدف منه ، على النحو التالى :

الفصل الأول : تناول فيه المؤلف (المفاهيم والمصطلحات الرئيسية) المتعلقة بالمخدرات ، حيث ناقش مفهوم الإدمان ، اللهفة ، الاعتماد النفسى ، الاعتماد العضوى ، وقدم تعريفاً ملائما لكل من هذه المفاهيم ، والمفاهيم الفرعية المرتبطة بها مثل احتمالات الاعتماد والمواد المحدثة للإدمان ، التكيف العصبى ، تسمم ، انسحاب Withdrawal وغيرها من المفاهيم الأخرى المرتبطة بعالم المخدرات .

أما عن الفصل الثانى : فقد قدم فيه المؤلف (تاريخ موجز حول المواد النفسية المحدثة للإدمان) وهى الكحوليات ، الأفيون ، القنب ، الكوكايين ، القات المهلوسات ، الباربيتورات ، الامفيتامينات ، الطباق ، البن والشاى ، الموادالطيارة. وخرج الباحث من خلال هذه المناقشة بعدد من الحقائق يمكن إجمالها فيما يلى :

- أن جميع المواد النفسية ذات الأصول النباتية تمتد جذورها التاريخية إلى عدة قرون

(*) أنظر : مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع : نظرة تكاملية ، مرجع سابق .

فى ماضى بعض المجتمعات البشرية ، ويفسر ذلك جزءا من رسوخ ممارسات تعاطى هذه المواد واستعصائها على محاولات الاستئصال التى تقوم بها الدول والمنظمات الحديثة .

- أن معظم هذه المواد النفسية ذات الأصول النباتية ، لها تاريخ مشبع بكثير من المعانى والقيم التى تستثير رواسب من مشاعر التقديس الدينى أو شبه الدينى .

- أن المواد النفسية التى تم اكتشافها وتصنيعها كيميائياً فى العصور الحديثة لقيت أنواعاً من الدعم الاجتماعى لا يمكن إنكار فاعليته ، وقد صدر هذا الدعم عن كثير من المؤسسات الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية مثل تصريحات مشاهير الأطباء وممارسات شركات الأدوية ، وتصرفات الدول الحديثة تحت وطأة بعض الظروف التاريخية ولا سيما الحروب ، ومن الأمثلة الواضحة على ذلك توزيع الامفيتامينات على الجنود أثناء الحرب العالمية الثانية فى دول مثل اليابان والولايات المتحدة .

أما عن الفصل الثالث : فقد اختصه الباحث بمناقشة (منشأ التعاطى) الذى صنفه إلى ثلاث فئات ، عوامل تتعلق بالمتعاطى وأخرى بالعادة النفسية موضوع التعاطى وثالثة بالبيئة . ويندرج تحت الفئة الأولى عاملان فرعيان ، هما العوامل الوراثية والنفسية وتحت الفئة الثانية ثلاثة عوامل فرعية هى : توافر المادة ، الثمن قواعد التعامل فى هذه المادة ، وتحت الفئة الثالثة خمسة عوامل هى : الإطار الحضارى والآليات الاجتماعية والأسرة والأقران والأصدقاء ثم الداعمات الثانوية. ولقد فسر المؤلف كل من هذه العوامل من حيث طبيعته وأهميته مع إعطاء أمثلة محددة مما كشفت عنه بحوث العديد من الباحثين .

وبالنسبة للفصل الرابع : استعرض الباحث قضية الاضطرابات النفسية المترتبة على التعاطى والإدمان ، وذلك من خلال الإشارة إلى هذه الاضطرابات حسب نوع المخدر ، ولذا ناقش الأمراض العصبية المقترنة بإدمان الكحوليات ، والاعطاب تحت الإكلينيكية المرتبطة بإدمان الكحوليات ، والاكتئاب الناجم عن إدمان الأفيونيات ، ونتائجها وأثارها على الأجنة . أما عن القنب فقد أشار المؤلف إلى الاضطرابات السيكياترية العامة ، والتصعيد من تعاطى القنب إلى تعاطى مخدرات أقوى منه ، اختلال الوظائف النفسية ، العلاقة بين

اختلال الوظائف النفسية والفروق الفردية ، كما ناقش أيضا الاضطرابات النفسية الناتجة عن تأثير القات والمهلوسات والباربيتورات والامفيتامينات والنيكوتين والكفايين والمواد الطيارة .

أما عن الفصل الخامس : فقد استعرض فيه المؤلف المشكلات الاجتماعية الناجمة عن التعاطى والإدمان ، وذلك بالإشارة إلى ثلاث مشكلات أساسية وهى التعاطى والجريمة ، التعاطى وحوادث الطريق ، والمغارم الاقتصادية للتعاطى والإدمان ، ولإثبات ما يصبو إليه المؤلف استعان بعدة بحوث مثل بحث بلتيمور بالولايات المتحدة الأمريكية وبعض البحوث المصرية ، فضلا عن بحث سمبسون وزملائه فى كندا ١٩٨٢ ، وبحوث أخرى . وبعد هذا العرض يوصى المؤلف بقوله :

" هل آن الأوان لكى يفكر المسئولون فى مصر وفى الدول العربية جميعا فى إنشاء مركز بحوث لحوادث المرور ، يكون من بين مهامه توقيع الفحص المعملى على السوائل البيولوجية تؤخذ فوراً من قائدى المركبات حال تورطهم فى الحوادث لمعرفة ما إذا كانوا واقعين تحت تأثير أى مخدر لحظة وقوع الحوادث . وأن يصبح فحص السوائل البيولوجية جزءا لا يتجزأ من إجراءات الضبط حال وقوع جرائم العنف هكذا تكون العلاقة بين العلم والعمل " .

وبالنسبة للفصل السادس : فقد استعرض فيه المؤلف الأساليب المختلفة فى سبيل التصدى لمشكلة المخدرات ، والتى شملت مكافحة العرض وذلك من خلال ثلاثة مصادر هى : المكافحة الأمنية والقانون والاتفاقيات الدولية والإقليمية ، كما شملت أيضا خفض الطلب وناقش فيه الوقاية بأنماطها المختلفة ، حيث أشار إلى الوقاية الأولية والوقاية من الدرجة الثانية والثالثة ، كما ناقش العلاج كوسيلة لخفض الطلب على المخدرات فضلا عن الإشارة إلى التأهيل وإعادة الاستيعاب الاجتماعى .

ويشير المؤلف فى سياق هذا الفصل أيضا إلى أن هذا هو التوجه الذى تتبناه الآن منظمات الأمم المتحدة المعنية بمشكلة المخدرات ، ففى الجلسة الثانية والثلاثين للجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة " ارتأى معظم الأعضاء والمراقبين ضرورة أن يتوافر فى أى

برنامج يهدف إلى التحكم فى المواد النفسية ، أن يتوافر فيه التوازن بين إجراءات لخفض العرض وإجراءات لخفض الطلب غير المشروع بالنسبة لهذه المواد النفسية " .

أما الفصل السابع : فقد ناقش فيه المؤلف موضوع البعد العلمى لمشكلة تعاطى وإدمان المخدرات واعتبر العلم ملاذا يؤدى بالضرورة إلى مزيد من تأكيد أن الاشتغال به مسئولية ، وأن هذه المسئولية تتوزع بين العلماء من ناحية وقيادات المجتمع من ناحية أخرى ، وأن تكامل هاتين المسئوليتين هو الطريق الأوحد فى المجتمع بصورته الحديثة لإحالة الذخيرة العلمية التى يقف العلماء أمناء عليها إلى قوة وطاقة كفيلتين بترشيد الإرادة الاجتماعية فى مسيرتها نحو احتواء مشكلة الإدمان والسيطرة عليها .

٣- دراسة روبرتو ليرنر حول (*) :

الأثر الاجتماعى والصحى لاستهلاك المخدرات بين الشباب حالة سكان بيرو : طرأ على بيرو تحولات عديدة ومهمة فى العقود الحديثة ، حيث تحول المجتمع من سيادة الريف إلى سيادة الحضر ، وبالتقريب ٣٠٪ من السكان يعيشون فى ليما **Lima** التى تمثل المدينة العاصمة ، أيضا أدت الهجرة الداخلية **Internal migration** إلى تحول الخصائص الثقافية والاجتماعية ، كما أدت إلى الانفصال بين صورة المجتمع الرسمية **For mal** وغير الرسمية **Informal** وتعد بيرو من الدول المنتجة لمخدرات ، حيث يقدر إنتاجها لأوراق الكوكا **coca leaf** بـ ٦٠٪ من الإنتاج العالمى . ومنذ منتصف السبعينيات أخذت زراعة هذا المخدر فى الاتساع فى مناطق شاسعة حول وادى هولجا **Huallaga Valley** الذى يقع بالقرب من غابة شاسعة **Jungle** وهى منطقة تعتبر خارج نطاق سيطرة الدولة وربما حوالى ١٨٠,٠٠٠ هكتار تكون مزروعة بورق الكوكا بصورة غير قانونية أو شرعية . **Illicitly Cultivated** هذا وتضمنت الدراسة عدة محاور أساسية هى :

(*)Roberto Learner ;" The Social And Health Impact of Drug Consumption Among Youth : The Perverse Case ; In World Drug Report 1997 , United Nations , Oxford University Press 1997 .

أ - الخراب الأيكولوجى الذى يشمل تدمير صحراء الأميزون ، تلوث المياه نتيجة لصرف الكيماويات المستخدمة اللازمة لإتمام إنتاج الكوكا فى الأنهار .

ب- التدهور الاقتصادى على المستوى القومى نتيجة لسيادة اتجاه لا يشجع على التصدير ، وعلى المستوى المحلى تسود الاقتصاديات المغلقة مناطق إنتاج الكوكا .

ج- المتتاليات الديموجرافية ، حيث أدى تدفق الهجرة العشوائية إلى مناطق إنتاج الكوكا إلى التضخم السكانى وخلق الفساد فى البناء الاجتماعى السائد .

د - الآثار الصحية العامة ، على الرغم من أن بيرو من الدول المنتجة للمخدرات والمصدرة لها ، إلا أن هناك تعاطيا وإدمانا من جانب مواطنيها أيضا ، ويتأثرون من الناحية الصحية تأثراً سلبياً كبيراً .

وترى الدراسة أنه من الضرورى أن نأخذ هذه الاعتبارات فى أذهاننا عند الشروع فى مكافحة المخدرات فى بيرو ، حيث أنها تعد جوانب مهمة تسبب استمرار المشكلة وفشل الحلول الداعية إلى معالجتها .

٤ - دراسة المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان حول :

" تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة " (١) :

تذهب الدراسة إلى أنه على الرغم من أن تجار المخدرات يمثلون بنشاطهم الهدام حلقة هامة من حلقات مشكلة انتشار المخدرات بالمجتمع ، فإن هذه الحلقة كشفت عن ندرة بالغة فى الدراسات التى تعرضت لتاجر المخدرات ، ومن هنا أتت هذه الدراسة تعبيراً عن نقص البحوث فى هذا الاتجاه . وعليه جاء الإطار المنهجى لهذه الدراسة متضمنا صياغة مشكلة البحث وأهدافه الرئيسية وأهم المفاهيم ذات الصلة بموضوع البحث ومحددات اختيار حالات الدراسة والوسائل والأدوات المنهجيين الدراسة ، فضلا عن الصعوبات التى واجهت الدراسة - التى تذهب إلى أن مشكلة الاتجار فى المخدرات من المشكلات الاجتماعية الجديرة بالاهتمام ، لما لها من آثار سلبية على المجتمع الذى تنتشر فيه ،

(١) أنظر : المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، تجارة المخدرات والمجتمعات المستهدفة ، مرجع سبق ذكره .

فالاتجار حلقة هامة من الحلقات التى تشكل فى مجملها أبعادا مترابطة وهى الجلب والاتجار والتعاطى ، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية التى تسهم فى تهيئة المناخ لانتشار الظاهرة .

ولا تخفى علينا الآثار التى تترتب على انتشار المخدرات من هدر لإمكانية المجتمع وتدمير للطاقات الإنسانية ، ومن ثم فمثل هذه المشكلات الاجتماعية تتطلب تكاتفاً فى الجهود المؤسسية والمجتمعية لمواجهتها ، ولا نبالغ إذا قلنا المحلية والعالمية ، فالسياق الاجتماعى المحلى الذى يسهم فى حدوث هذه المشكلة يحمل فى طياته الكثير من المؤثرات كالفقر والبطالة ، وغياب الرقابة الأسرية والإعلام والهروب من المشكلات اليومية والإحباط وغياب الوعى الاجتماعى والدينى ، بالإضافة إلى مشكلات فى صياغة نصوص القانون ، التى تتيح لبعض المنحرفين الإفلات من العقاب والردع . وتزداد المشكلة تعقيداً إذا ما عرفنا أن نشاط التجارة لا يتغذى على روافد داخلية بالمجتمع فحسب بل هناك من المؤثرات العالمية التى تلقى بظلالها على نشاط الاتجار بالمجتمعات النامية والمتقدمة على السواء . هذا بالإضافة إلى أن تجارة المخدرات تولد وتنمو فى الظلام ، وإذا خرجت إلى النور فإنها تخرج فى أشكال مستترة ، فهناك مناطق من العالم تمثل مسرحاً خفياً لكثير من العمليات المتصلة بتجارة المخدرات ، وتخصصت فى إغراق الأسواق بأنواع معينة من المخدرات ، فتتخصص بعض هذه المناطق بزراعتها والبعض الآخر تخصص فى تصنيعها والثالث فى توزيعها ومناطق رابعة للاتجار فيها . كما بلغت هذه التجارة درجة من الاتساع والتعقيد والتنظيم إلى الحد الذى أطلق عليها عالمياً التجارة الثالثة بعد تجارة السلاح والمواد الغذائية .

وفى مدينة القاهرة التى تمثل مجالا جغرافيا بشريا لنطاق اهتمام بحثنا - يهدد شبح المخدرات الفئات العمرية المبكرة ، حيث تفاعلت مجموعة من العوامل المحلية فى تهيئة المناخ لاستيعاب المؤثرات الخارجية فى هذا الصدد ، ومن هذه العوامل تضخم حجم القاهرة كمدينة حضرية وتعقد الحياة الاجتماعية بها وتنوع خصائص سكانها وتعرضها لمؤثرات إعلامية هائلة وانتشار البطالة بين الشباب وضيق فرص الإقامة والحياة بها وتفكك الروابط الأسرية وحصارها داخل حرم العشوائيات الذى يطوقها من كافة

الجهات . وبالرغم من الجهود الأمنية التى تبذل لهذا الشأن للحد من انتشار ظاهرة المخدرات ، فإن البيانات المتاحة تشير إلى وجود ملامح لظاهرة الاتجار لا فى القاهرة وحدها ، ولكن فى عواصم المحافظات أيضا .

ومن الملاحظ تراجع المخدرات الطبيعية بالمجتمع المصرى ، وهى الحشيش والأفيون بشكل ملحوظ فى السنوات الأخيرة ، واحتل مكان الصدارة فيها البانجو والمواد المؤثرة على الحالة النفسية ، وربما يعكس ذلك تطوراً عالمياً فى إنتاج المخدرات والتجارة فيها ، أو دخول فئات عمريه من المراهقين والشباب فى دائرة التعاطى أو غير ذلك من الأسباب التى ستفصح عنها الدراسة .

وعليه حددت الدراسة عدة أهداف تسعى إلى تحقيقها وهى :

التعرف على الخصائص الاجتماعية لتجار المخدرات بمدينة القاهرة ، البحث عن الدوافع التى أدت بالتاجر إلى الانحراف إلى هذا الطريق ، الكشف عن طبيعة نشاط الاتجار فى مراحله المختلفة ، إلقاء الضوء على الجانب التشريعى وموقف الشريعة من قضية الاتجار ، التعرف على رؤية تاجر المخدرات للقانون وعلى ملامح عامة بقضيته ، الكشف عن المجتمعات التى تمثل مجالاً لنشاط الاتجار بمدينة القاهرة ، تحليل الإطار القيمى الذى شكل توجه تاجر المخدرات فى مراحل حياته المختلفة ، التعرف على مفهوم الذات لدى تاجر المخدرات .

أما عن أهم المفاهيم التى تناولتها الدراسة ، فقد ناقشت مفهوم التجارة والمواد المخدرة وقدمت تعريفاً مجرداً لعدد من المفاهيم الفرعية المتضمنة فى هذين المفهومين مثل التعريف المطروح حول أنواع المخدرات كالأفيون والقنب والبانجو والحشيش .. وما إلى ذلك من المفاهيم .

وفيما يتعلق بمحددات اختيار الحالات ، فقد انصب اهتمام الدراسة على تجارة المخدرات بمدينة القاهرة ، وأغلب هؤلاء التجار محكوم عليهم بسجن القطا للرجال والذى يضم حوالى ٣٩٨٠ مسجونا من مختلف القضايا ، منهم ١٠٠٠ مسجون بقضايا مخدرات هذا

بالإضافة إلى سجن القناطر للنساء . وقد حددت مجموعة من المعايير بحيث يتم اختيار عينة عمدية تعكس هذه المعايير ، ومن هذه المعايير : مدة الحكم ، وقد روعى ألا تقل عن ثلاث سنوات وأن يكون الحكم نهائياً ، أن يكون مكان ضبط التاجر هو مدينة القاهرة كإطار جغرافى يضم العينة المطلوبة ، أن يتمثل فى العينة البحثية كافة المتغيرات الاجتماعية كالتنوع فى السن والنوع والتعليم والحالة الزواجية وحجم الأسرة والتنوع فى خبرة الاتجار والمواد المخدرة ، قبول المبحوث لمهمة الباحث والاقتناع بها واستعداده للتعاون مع الباحثين .

أما عن الوسائل المنهجية التى استخدمت فى إنجاز البحث فتتحدد فى :

المقابلات المتعمقة ، دليل المقابلات المتعمقة ، السجلات والوثائق .

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج العامة على النحو التالى :

أ - عوامل الانحراف :

تفاعلت مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية فى تهيئة مناخ الانحراف نحو تجارة المخدرات لدى بعض الأفراد ، ويأتى فى مقدمة هذه العوامل المشكلات الأسرية كالتفكك وغيبة الرقابة على الأبناء . وانحراف الآباء فى نفس التجارة ، مما ورث الأبناء ميراث الانحراف خلال السنوات المبكرة للتنشئة ، من خلال إشراكهم فى بعض العمليات المساعدة فى النشاط المدمر . ولقد أسهمت هذه العوامل فى صياغة البناء العقلى والنفسى لتاجر المخدرات وتشويه صورة الذات لعدد كبير من الحالات التى شملتها الدراسة ، وكذلك فى تشويه صورة القيم ، وفى استباحة الواقع الاجتماعى وتدميره من أجل الثراء السريع . ويبرر عدد كبير ممن شملتهم الدراسة سلوكهم الانحرافى بقسوة الواقع ، وبحرمانهم من مقومات الاستقرار منذ السنوات الأولى لحمايتهم وتتسع دائرة التبرير لدى البعض الآخر عندما يؤكدون أن تجارة المخدرات هى تجارة شأنها فى ذلك شأن أى تجارة أخرى كما أنها ليست محرمة فى الدين فالتحريم قد اقتصر على الخمور ولم يرد فى شأن الحشيش والأفيون وغيرهما من المواد المخدرة نصوص تحرم التعامل معها .

ب – دور القانون :

إن القانون يضع مجموعة من التصنيفات كالإحراز والاستحواذ والاتجار والتعاطى والجلب ، وتكاد تكون الحدود بين بعض هذه التصنيفات غير قاطعة ، فقد أظهرت الدراسة أن تاجر المخدرات غالباً ما يكون مدمناً للمخدر ، ومنهم من يقوم بجلب هذه المواد من مصادرها . ومن الملاحظ أن نسبة كبيرة من تجار المخدرات على وعى بموقف القانون من هذه التصنيفات ، ولذلك نجدهم يستخدمون الوسائل والأساليب التى يراوغون بها وطأة القانون ، فهؤلاء التجار نادراً ما يحتفظون بالمخدر فى الأماكن التى يقيمون فيها ، ولكنهم يضعونه فى أماكن غير متوقعة تماماً فكأن يحتفظ به لدى أسرة لا تحوم حولها الشبهات ، أو بجانب قضبان السكة الحديد مع وضع علامة مميزة تسهل العثور عليه بالنسبة له ، أو فى أحد الجراجات .

ج – أساليب التجار فى التعامل مع الواقع ومناطق الاستهداف :

لتجار المخدرات أساليب فى توزيع المخدر ، فنجد تجار الجملة يبيعون لتجار التجزئة فى المناطق الشعبية والعشوائية فى القاهرة والإسكندرية ، وتتم الصفقات بالمقاهى من خلال التليفون ، الذى تستخدم فيه رموز لفظية وعبارات يتم الاتفاق عليها ، تضم مفرادتها أسماء لبعض الفاكهة والملابس والحلويات ، ولكل منها مدلول خاص يشير إلى النوع المطلوب والكمية من المخدر ، ويتم توزيع المخدرات فى الفنادق والكازينوهات والمدارس والجامعات .

كما مثلت مناطق الباطنية والجمالية والحلمية وروض الفرج والمطرية ومدينة السلام والبساتين والعمرانية وامبابة مسرحاً ملائماً لرواج النشاط الخاص بالمخدرات حيث تعد هذه المناطق أكثر ملاءمة من غيرها .

د – دور المجتمع :

تحتاج مواجهة ظاهرة الاتجار باعتبارها سلوكاً انحرافياً إلى درجة من التنسيق فى مواجهة انتشارها ، ويكون هذا التنسيق بين مؤسسات التنشئة الاجتماعية وفى مقدمتها

الأسرة والمدرسة والجامعة والنادى .. وما شابة ذلك من مؤسسات ، والملاحظ أن الأسرة فقدت سيطرتها على أبنائها وانشغل الأب والأم فى تحقيق طموحاتهم الاقتصادية ، وبلغ الانشغال مداه فى بعض الحالات ، إذ يهاجر الأب والأم أو أحدهما إلى خارج الحدود ، ويترك الأبناء فى رعاية بديلة أو بدون أى رعاية وتقتصر الرعاية على الإشباع المادى ، دون وعى بما يترتب على ذلك من آثار مدمرة . كما يأتى دور المجتمع أيضا بالنسبة لحالات الاتجار العائدة من السجون ، ومحاولة الابتعاد عن طريق الاتجار ، حيث تحتاج هذه الحالات إلى درجة من الرعاية المكثفة لإعادة تكثيفها مع الواقع الاجتماعى وتصحيح مسار حياتها . إذ أن ما يحدث فى الواقع هو عودة هذه الحالات إلى نشاط الاتجار عندما تضيق أمامها السبل وتحاصرها نظرة أبناء المجتمع وجهود الشرطة والحاجة إلى المال للإنفاق على الاحتياجات الأساسية . وفى هذا السياق المتشابك تتهاوى كافة الجهود الإصلاحية التى بذلت معهم داخل السجون ، ويعود التاجر الذى كان ينوى فتح صفحات جديدة إلى طى هذه الصفحات والعودة إلى نشاط التجارة .

٥- دراسة المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان حول :

" المسح الشامل لظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات " (١)

تنطلق الدراسة الراهنة من فكرة مؤداها أن المجتمعات الإنسانية تعيش تحولات اقتصادية وسياسية وثقافية واجتماعية لم تخبرها من قبل ، من حيث سرعة وشمول آثارها لمكونات هذه المجتمعات ، وقد ارتبطت هذه التحولات بتغيرات علمية وتكنولوجية هائلة أثرت فى حجم الإنتاج وأنواعه وتنوعه . ولقد تأثر المجتمع المصرى كغيره من المجتمعات بهذه التحولات ، حيث تأثر بسياسات التحرير الاقتصادى وإعادة التكيف الرأسمالى وزاد انفتاحه الإعلامى والثقافى على العالم الخارجى فأحدث كل هذا وغيره تغيرات سريعة فى المجتمع المصرى ارتبطت بها نتائج إيجابية متمثلة فى النمو الاقتصادى وبعض التطوير التكنولوجى .. إلخ ، كما ارتبطت بها نتائج سلبية أدت إلى وجود بعض الظواهر

---

(١) انظر : المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، المسح الشامل لظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات ، مرجع سبق ذكره .

كالبطالة وتغير وظائف الأسرة وبروز النزعة الاستهلاكية وتغير القيم وخلل أهدافها ووسائل تحقيق تلك الأهداف مما أدى إلى وجود فجوة فى فرص إشباع الحاجات الأساسية (الغذاء ، العلاج ، التعليم ، العمل) وعدم ملاءمة القدرات المادية المتاحة لإشباع الطموحات المتنامية ، الأمر الذى أسهم فى وجود سياق سمح بظهور بعض الظواهر غير المرغوب فيها اجتماعياً ، كالعزلة والاغتراب والعنف والإحباط النفسى والاجتماعى ، وهو السياق الذى أنتج أشكالاً مرضية من السلوك من بينها تعاطى وإدمان المخدرات . ومن ناحية أخرى صاحبت التغيرات العالمية والمحلية تغيرات فى ظاهرة المخدرات سواء على مستوى الإنتاج أو التوزيع أو التعاطى والإدمان ، حيث زاد حجم إنتاجها وتوزيعه ، كما تغيرت أنواعها بظهور أنواع جديدة ، هذا بجانب دخول فئات عمرية وشرائح اجتماعية جديدة سواء فى جوانب الاتجار أو التوزيع أو التعاطى والإدمان .

وفى ضوء ما سبق أمكن تحديد أهداف البحث الراهن فيما يلى :

استطلاع حجم ظاهرة التعاطى والإدمان وانتشارها بين فئات وشرائح المجتمع ، تحديد العوامل المؤثرة فى انتشار الظاهرة سواء كانت فردية أم مجتمعية ، التعرف على أنماط التعاطى والإدمان ، التعرف على الصور الذهنية والثقافية للمدمن كما تعكسها الثقافات الفرعية التى ينتمى إليها المتعاطون والمدمنون .

وفى ضوء أهداف البحث المشار إليها ونظراً لعدم توافر بيانات شاملة خاصة بمجتمع المتعاطين والمدمنين على مستوى القاهرة الكبرى ، تم إجراء الدراسة الميدانية فى السجون والمصحات النفسية التابعة لوزارة الصحة ومؤسسات الأحداث ويبرر اختيار هذه الأماكن كمصادر لتحديد عينات البحث ما يلى :

- أنها تشتمل على مجموعات متباينة من المتعاطين والمدمنين ، وبالتالى وجود احتمالات لتباين خصائصهم النفسية والديموجرافية والتعليمية والمهنية وأيضا تباين مبررات تعاطيهم وإدمانهم ، وأن وجودهم داخل هذه المؤسسات يوفر شروطا مواتية إجرائية تضمن التطبيق الدقيق لأدوات جمع البيانات سواء من حيث الوقت أو المكان الملائم لمقابلة أفراد العينة ، وأن البدائل الأخرى التى طرحتها البحوث السابقة كأن تؤخذ

عينات عشوائية من مؤسسات إنتاجية أو خدمية أو مدارس ، لا تتيح إلا التعرف على نسبة محدودة من المتعاطين والمدمنين . فضلا عن وجود صعوبات نفسية ومخاوف متنوعة تجعل المبحوثين لا يفضون طواعية بالمعلومات الضرورية حول التعاطى والإدمان وأثاره ، مما يؤثر على صدق المعلومات .

أما عينة الدراسة : فقد تم اختيار عينة المتعاطين والمدمنين بطريقة الحصر الشامل من المؤسسات التالية : سجن القناطر الخيرية حيث أنه السجن الوحيد الذى تتركز به النساء المتهمات فى قضايا تعاطى على مستوى القاهرة الكبرى ، وسجن القطا ، المستشفيات والمصحات النفسية التالية : قسم علاج الإدمان بمستشفى العباسية والخانكة وبهمان للأمراض النفسية ، ومؤسسات رعاية الأحداث .

وبناء على الحصر الشامل للنزلاء المتعاطين والمدمنين فى هذه المؤسسات بلغ إجمالى العينة ٥٠٠ مفردة كان توزيعها بنسب مختلفة حسب نسبة تواجدها فى المؤسسات السابقة ، وتعتبر أداة جمع البيانات الرئيسية هى الاستبيان الذى تضمن عدة محاور هى :

البيانات الأساسية حول المبحوث ، بيانات الدخل والإنفاق ، بيانات حول أوقات الفراغ وأنماط شغلها ، بيانات حول الخصائص الديموجرافية لأسر المتعاطين ، بيانات حول ظروف التعاطى وما يرتبط به من مشكلات فردية واجتماعية ، بيانات حول أنواع المخدرات التى تم تعاطيها ، بيانات حول مصادر المعلومات ، دور وسائل الإعلام فى التعريف بالمخدرات وأثارها ، الأفكار والمعتقدات الثقافية الشائعة حول المخدرات ، تصورات المبحوثين لمراجعة الظاهرة .

ولقد تم إعداد الاستمارة وفقا لما هو متبع من أساليب منهجية لإعداد صياغة وتجربة الأداة والتأكد من صلاحيتها الفعلية .

وبناء على ذلك خرجت الدراسة الراهنة بعدد من النتائج وهى على النحو التالى :

هناك صعوبة فى تحديد حجم حقيقى لظاهرة التعاطى على مستوى القاهرة الكبرى ، إلى أنه من خلال ما أتيح لنا من بيانات حول عينة الدراسة يمكن رصد عدد من المؤشرات

حول انتشار الظاهرة والعوامل المؤثرة فيها ، ينتشر التعاطى فى فئة الشباب ، وهذا لا ينفى وجوده فى فئات العمر المختلفة ولو بنسب متفاوتة ، ينتمى غالبية المتعاطين إلى مناطق حضرية ونسبة ضئيلة تنتمى إلى مناطق ريفية ، يسود التعاطى أكثر بين المتزوجين ، ولدى من لم يسبق لهم الزواج وبين المطلقين والمنفصلين ولو بنسب أقل ، تقيم غالبية المتعاطين فى الحضر (وذلك من بين أفراد العينة) ونسبة منهم تصل إلى الربع تقريباً تقيم فى الريف ، وتكاد تتركز إقامتهم على مستوى القاهرة الكبرى فى المناطق كثيفة السكان والفقيرة ، يرتفع معدل التزاحم فى المسكن الذى يقطنه المبحوثون ليصل إلى ٢,٢ فرد فى الحجرة ، يسود التعاطى لدى الفئات التعليمية الدنيا ، ولا ينفى وجود هذا فى كل الفئات التعليمية ، ولو بنسب أقل ، ينتشر التعاطى بين العمال الحرفيين ، يسود التعاطى لدى ذوى الدخل المنخفض اقل من ٢٠٠- أقل من ٥٠٠ جنيه ، يوجد وقت فراغ لدى غالبية المبحوثين ويقضونه فى تعاطى المخدرات والسهر فى الملهى مع تجار المخدرات ، لا يوجد أى انتماءات حزبية لدى غالبية المبحوثين ، يسود التعاطى فى الأسر الكبيرة نسبياً إذ بلغ متوسط حجم أسر المتعاطين ٧,٢ فرد ، ينتمى أكثر من نصف المبحوثين إلى أسر نودية واكثر من الربع بقليل يعيشون فى أسر ممتدة ونسبة ضئيلة تعيش بمفردها ، ينتمى المبحوثون إلى أسر تنخفض فيها نسبة الحاصلين على الشهادة الجامعية بالمقارنة بالحاصلين على الابتدائية والإعدادية ، يعمل أكثر من نصف أفراد أسر المبحوثين فى الأعمال الحرفية وأعمال الخدمات والسائقين ، ينتمى المبحوثون لأسر من ذوى الدخل المنخفض ، أكثر من نصف المبحوثين لا يوجد الأب على قيد الحياة ، ينتمى المبحوثون إلى أسر يسود فيها التعاطى ، كما يوجد أفراد متهمون من غير تهمة التعاطى .

أما عن ظروف التعاطى فقد تبين ما يلى :

- أن التعاطى يتم لدى غالبية المبحوثين فى سن مبكرة .

- بلغ متوسط السن عند بداية التعاطى على مستوى إجمالى العينة ٢٠,٤ سنة بانحراف معيارى قدره ٧,٨ سنه ، كان هذا المتوسط لدى ذكور العينة ٢٠,٨ سنة بانحراف معيارى قدره ٨,٣ سنه مقابل ٤٨,٤ للإناث بانحراف معيارى قدره ٤,١٪ سنه.

- يعد منزل الأصدقاء فى الغالب هو المكان الأول لبداية خبرة التعاطى .

- ارتبطت مبررات الاستمرار فى التعاطى بعدم القدرة على الاستغناء عن المخدر والرغبة فى الهروب من الواقع والقضاء على وقت الفراغ .

- كانت هناك محاولات للتوقف عن التعاطى تمثلت أسبابها فى دخول المبحوث السجن ، وعدم القدرة المالية على شراء المخدر وأسباب أخرى تتعلق بالتدهور الصحى للمبحوث .

- تتخذ أعراض الانسحاب عند التوقف عن التعاطى عدة أنماط بعضها عضوى والآخر نفسى ، ويرجع ذلك فى المقام الأول لنوع المخدر وتتمثل أهم أعراض الانسحاب فى الشعور بالصداع والإرهاق والضعف العام ثم الضيق والتوتر وفى بعض الأحيان آلام معوية وتقلصات فى العضلات .

- هناك سهولة فى الحصول على المادة المخدرة .

- يعد الحشيش والبانجو أكثر المواد المخدرة انتشاراً بين المبحوثين يليهما فى الترتيب الأنواع الأخرى كالأقراص المخدرة والهيروين والماكستون فورت وأخيراً يأتى الكواديين .

وفيما يتعلق بدور وسائل الإعلام كمصدر من مصادر المعلومات عن المخدرات فقد اتضح :

- أن وسائل الإعلام لا تشكل مصادر أساسية فى الحصول على المعلومات الخاصة بالمخدرات قبل الخبرة المباشرة بها .

- يعد الأصدقاء مصدر المعلومات الأول بالنسبة للمتعاطين والمدمنين قبل التعرض للخبرة المباشرة للتعاطى .

- يأتى التليفزيون فى مقدمة وسائل الإعلام كمصدر من مصادر المعلومات عن المخدرات ، يليه الأسرة والأقارب ، ثم يأتى بعد ذلك الصحافة والإذاعة .

- ليس هناك اتساق بين مضمون المادة الإعلامية المقدمة عن المخدرات وبين الواقع

المدرك من خلال الخبرة المباشرة للمتعاطين .

- يميل المضمون الإعلامى المقدم عن المخدرات إلى التنفير أكثر منه الترغيب .

وبالنسبة للأفكار والمعتقدات الشائعة لتأثير المخدرات فقد عرضت الدراسة بالنتائج التالية :

- أن غالبية المبحوثين على دراية كاملة بالأفكار والمعتقدات الشائعة حول التأثير النفسى والجسمى للمخدرات .

- تمثلت هذه الأفكار والمعتقدات لدى المبحوثين فى أنها تمنح الفرد القوة والنشاط وقوة التحمل والانبساط وإثارة الرغبة الجنسية ، وأنه فى كثير من الأحيان يستمدون هذه الأفكار والمعتقدات من المتعاطين الآخرين أو موزعى المخدرات .

- أكد غالبية المبحوثين على صحة هذه الأفكار الشائعة من خلال خبرتهم الفعلية فى التعاطى .

- هناك شبه إجماع من المبحوثين على أن المخدرات تقع فى إطار المحرمات ، إلا أنهم لا يستطيعون الاستغناء عنها ومقاومة الانجذاب نحوها .

- طرح المبحوثون عدداً من المقترحات حول سبل مواجهة الظاهرة ، فى مقدمتها التركيز على دور الدولة ، وتشديد الرقابة على منافذ جلب وبيع المخدرات وكذا معاملة المتعاطين والمدمنين على أنهم مرضى وضحايا للمجتمع .

- إضافة إلى ذلك رأى المبحوثون ضرورة الاهتمام بدور وسائل الإعلام فى مواجهة الظاهرة ، والعمل على توعية الشباب بخطورتها ، مع ضرورة تكاتف المؤسسات التربوية لتحقيق هذا الهدف .

ثالثاً : تعليق عام على الدراسات السابقة :

بعد العرض السابق لمجموعة الدراسات التى اهتمت مؤخراً بمشكلة المخدرات فى مصر ، فإن هناك عدداً من الملاحظات التى يمكن أن نسوقها من أجل إيضاح الصورة العامة

لاتجاهات دراسة المخدرات فى مصر من ناحية ، والجوانب التى اهتمت بها هذه الدراسات وكانت محوراً للدراسة ، والجوانب التى أهملتها وتمثل فى نفس الوقت نقصاً علمياً فى مجال دراسات المخدرات فى مصر ، فمن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة اتضح الآتى :

١- إن صياغة مشكلة البحث جاء منطلقاً من أفكار تصور الظاهرة فى إطار بعدها المحلى دون أن تدخل فى رحاب تحليلات أوسع مضموناً ، إذا ما اتخذت البعد العالمى كأساس للتحليل ، ومدى تناغمه مع الأبعاد المحلية فى إخراج سيناريو أحداث ظاهرة المخدرات ، ذلك أن ما أكثر ما تتأثر الأوضاع المحلية بالمتغيرات العالمية والتحولات الاقتصادية والسياسية والثقافية التى يمر بها العالم الآن ، بحيث أن قراءة إيقاع الحياة فى مجتمعات العالم الثالث على وجه الخصوص وما يحفل به من ظواهر ، لا ينفصل عن التفاعلات التاريخية وديناميةالحركة والتغير وعلاقة هذه المجتمعات بالاستعمار فى صورته القديمة والحديثة . وتعتبر المخدرات أحد آلياته فى مقاومة نمو المجتمعات الأخرى . ومن ثم فإن افتقاد هذه الدراسات إلى درجة التكامل بين المنظور العالمى والمحلى ، جعلها تدور فى جزئيات متعلقة بالمتعاطى وكأنه معزول عن مجتمعه الذى يعيش فيه ، وتصور المشكلة من خلال نظرة جزئية محدودة .

٢- ركزت بعض الدراسات السابقة على البعد الاجتماعى النفسى ، وأخرى على البعد الاجتماعى الاقتصادى فى شرح وتحليل أسباب ظاهرة التعاطى ، ولم تحاول أى من هذه الدراسات أن تنسج الخيوط المتشابكة والمتنوعة فى معالجة ظاهرة المخدرات . بل جاءت كل دراسة مركزة على بعد واحد أو أكثر ، دون أن تأخذ فى اعتبارها النظرة المتكاملة للظاهرة ، ولذا تتأكد النظرة الجزئية فى تناول الموضوع الراهن . ذلك أن هذه الظاهرة لها أبعاد متنوعة منها ما هو اجتماعى واقتصادى ونفسى ودينى وصحى وسياسى .. إلى آخر هذه القائمة ، انطلاقاً من الطبيعة المجتمعية للظاهرة ، وامتداد تأثيرها على قطاعات عريضة من المجتمع المصرى .

٣- تعددت أهداف الدراسات السابقة ، ما بين معرفة أسباب التعاطى والظروف المحيطة

به ، ومعرفة الآثار المترتبة على ذلك سواء الاجتماعية أو الصحية أو الاقتصادية ولم توجد من بين هذه الدراسات ما سعت إلى محاولة التعرف على الدوافع والآثار فى إطار دراسة واحدة ، مما يؤكد ثانية مدى انسحاب النظرة الجزئية فى تناول قضية المخدرات من قبل هذه الدراسات على تحديد أهدافها .

٤- أن المنهج الذى استعانت به الدراسات السابقة ، فى تفسير وتحليل معطيات الدراسة ، كان يجمع بين المناهج الكمية والكيفية بشكل أقل ، حيث يمثل الأخير دراسة واحدة " دراسة تاجر المخدرات " ، إذ نجد أن هناك بعض الدراسات تلجأ إلى الطابع الكمى فى جمع وتحليل بيانات الدراسة ، ويظهر ذلك من اعتمادها على المنهج الإحصائى والاستبيان ، بينما أخرى تعتمد على دراسة الحالة والمقابلات المتعمقة ، دون وجود دراسة واحدة تعتمد على المنهج الأنثروبولوجى ، لما له من قدرة على التعمق فى الظاهرة ، والوصول إلى نتائج أكثر صدقا واقرب إلى الواقع المعاش .

٥- وكما تنسحب النظرة الجزئية على صياغة مشكلة البحث وأبعادها المختلفة وأهدافها واختيار المنهج ، فإن تلك النظرة انسحبت أيضا على اختيار عينة الدراسة بحيث كان المتعاطى أو المدمن غالباً ما يخفى مشاعره الداخلية ولا يريد أن يفصح عن الأسباب الحقيقية التى أدت إلى إدمانه أحيانا . مما يصعب من مهمة الباحث فى الوصول إلى البيانات الدقيقة ، التى كان من الممكن أن تتحقق من خلال توسيع نطاق المحيط الذى تستقى المعلومات من خلاله . واقصد بذلك أن يكون المتعاطى بمثابة حالة ، وأسرته وأصدقاؤه وجيرانه حالات أخرى يمكن الاعتماد عليها . بمعنى آخر دراسة المتعاطى أو المدمن من خلال أسرته ومحيط عمله ، ومن خلال علاقاته الاجتماعية مع الأصدقاء والأقارب والجيرة .. الخ . وبذلك يمكن تكوين صورة عامة حول أسباب التعاطى وآثاره دون الاعتماد على مصدر وحيد للبيانات من خلال المتعاطى أو المدمن بمفرده لما فى ذلك من افتقاد للعديد من البيانات العامة التى يمكن أن تساعد فى تحليل وتفسير الواقع الاجتماعى الراهن لظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات .

ولكن رغم ما تقدم من رؤية نقدية للدراسات السابقة . إلا أن هذا لا يقلل بأى حال من

الأحوال من جدوى هذه الدراسات ، بل على العكس فقد استفاد الباحث منها بشكل كبير ، ولقد وقع الاختيار على تلك الدراسات بالتحديد لسببين :

نظرا لحداثتها ولأهميتها العلمية ، والمساس بجوانب مهمة تحفل بها ظاهرة المخدرات فى مصر . وتعتبر هذه الدراسات من الإضافات المهمة والتى حاول الباحث الاستفادة منها ، حيث استطاعت هذه الدراسات أن تقدم للدراسة الراهنة المعرفة التامة بالمفاهيم المختلفة المرتبطة بالمخدرات ، كما بينت الأنواع المختلفة للمخدرات . سواء الطبيعية أو المخلقة ، فضلاً عن بيان آثارها ، والقديم منها والحديث ، والأكثر سيادة فى هذه الآونة . ومن ثم كانت خلفية مهمة فى تعريف الباحث بأحد الجوانب المهمة للظاهرة . كما طرحت العديد من الأفكار والمقترحات النظرية التى أفاد منها الباحث فى فهم الظاهرة فهما أعمق ، ومن ثم كانت الأرضية الملائمة لإعداد الجانب النظرى للدراسة الراهنة . وأيضا قدمت هذه الدراسات مجموعة من التساؤلات حاولت الإجابة عنها ، وقد اتخذ الباحث من هذه التساؤلات منطلقاً نحو صياغة التساؤلات التى اعتمد الاستبيان عليها من ناحية ، والمقابلات المتعمقة من ناحية أخرى ، فضلاً عن محاولة إعادة طرح بعض هذه التساؤلات مرة أخرى من أجل اختبارها والتأكد من مدى أهميتها فى معالجة الموضوع .

الباب الثانى

الدراسة الميدانية





الباب الثانى

الدراسة الميدانية

الفصل الأول : الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين .

الفصل الثانى : الآثار المترتبة على تعاطى الشباب للمخدرات .

الفصل الثالث : نحو استراتيجية مقترحة لمواجهة مشكلة المخدرات .

المقدمة

تتضافر مجموعة من العوامل فى حدوث مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها بين الشباب ، بعض هذه العوامل يتمثل فى البعد الاجتماعى متمثلاً فى الأسرة ، فقد أكدت الكثير من الدراسات التى تناولت هذه المشكلة على تأثير غياب الرعاية الأسرية ، وتفكك العلاقات وحالة الاغتراب التى يعيشها الأبناء على حدوث هذه المشكلة .

والبعض الآخر منها يتمثل فى بعد الرفاق وبشكل خاص رفاق السوء ، فهم جماعة مرجعية بالنسبة للأبناء تفوق فى تأثيرها دور الأسرة ، وتشكل نسقاً قيمياً ضاغطاً يستقطب شركاء جدد فى ساحة التعاطى من خلال هذا التأثير .

وإلى جانب هذين البعدين (الأسرة وجماعة الأقران) تؤكد العديد من البحوث على دور الإعلام فى تزييف وعى الأفراد حول بعض الموضوعات وزيادة عزلتهم عن واقعهم ، بالإضافة إلى عوامل مجتمعية أخرى منها البطالة وغياب الحلم فى مستقبل يتطلع إليه الشباب يحقق من خلاله الاستقرار ويصبح لحياته معنى .

إذن فنحن بصدد مشكلة متعددة الأبعاد ومتشابكة فى عوامل حدوثها وتتطلب فى مواجهتها تكاتفاً مجتمعياً ، وتحتاج إلى التحرك فى مسارات مختلفة ، بعض هذه المسارات يركز على تحسين الظروف المجتمعية وخلق فرص للحياة أمام الشباب ، وتحقيق سبل الحماية والأمن الاجتماعى للأسرة حتى تتمكن من القيام بمهمتها فى التنشئة الاجتماعية ، وبعض المسارات يركز على توعية الشباب ، بمخاطر المشكلة وتداعياتها . كما يصبح الكشف عن العوامل المؤدية إلى حدوث هذه المشكلة هدفاً يسعى إليه هذا الجزء من الدراسة ، والذى هو هدف عام فى مسعى البحث العلمى وسنحاول فى هذا الجزء من

الدراسة تجاوز هذا المسعى لنقدم تصوراً لمواجهة هذه المشكلة ، وسوف يتضمن هذا الباب ثلاثة فصول :

الفصل الأول : يتناول بالتحليل الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين .

الفصل الثانى : يتناول الآثار المترتبة على تعاطى الشباب للمخدرات .

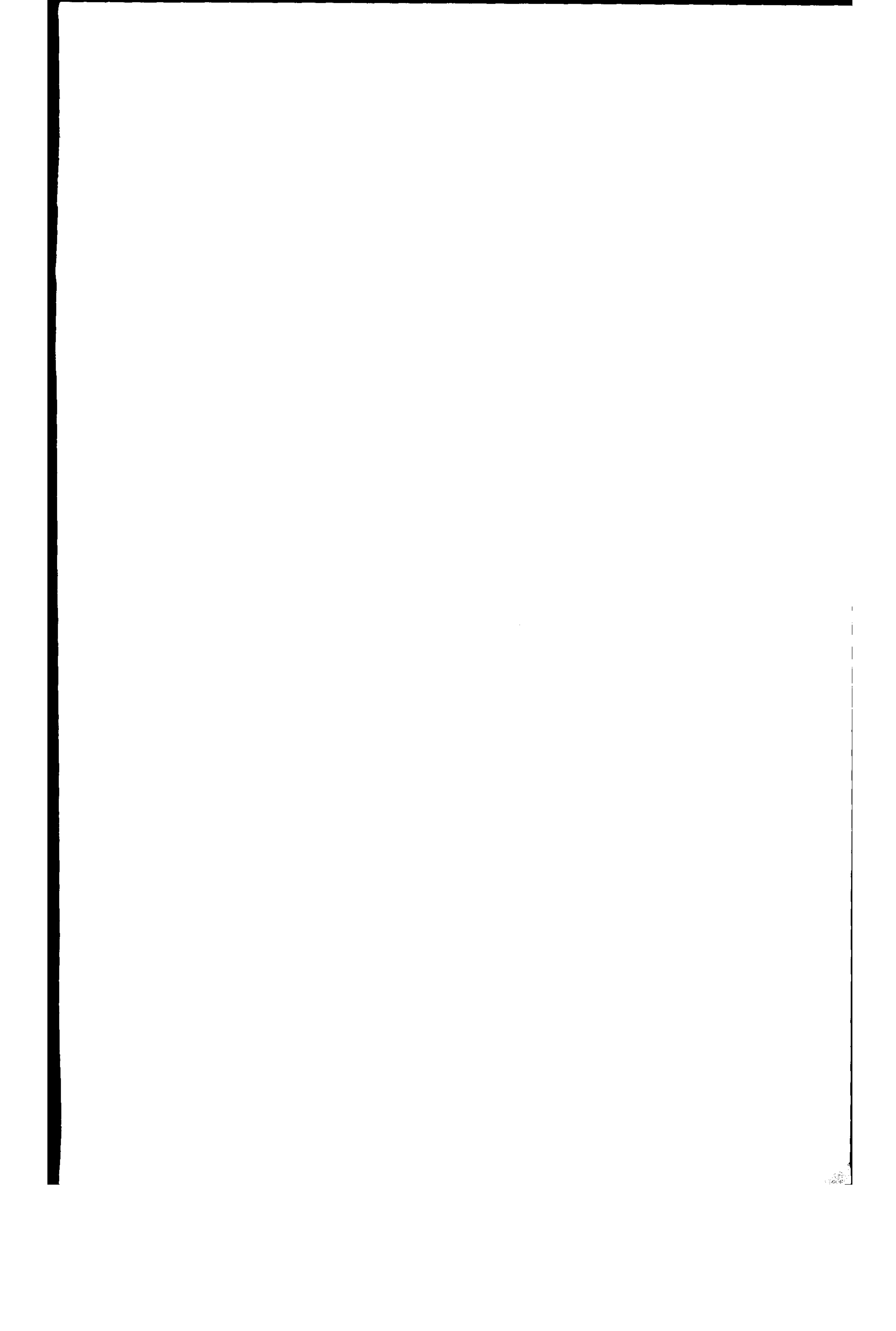
الفصل الثالث : نحو استراتيجية مقترحة لمواجهة مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات .

وفيما يلى نستعرض هذه الفصول بالعرض والتحليل .



الخصائص الإقتصادية و الإجتماعية للمدمنين





تمهيد

نسعى فى هذا الفصل إلى إلقاء الضوء على الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للمدمنين الذين شملتهم دراستنا ، ولكن نبدأ هنا بالخصائص الاجتماعية أولاً باعتبارها المدخل إلى الخصائص الاقتصادية ، ولارتباطها ارتباطاً وثيقاً مما يصعب فصلها ، وتتمثل هذه الخصائص فى السن ، والتعليم والظروف الأسرية المحيطة بالمدمن والدخل والموقف من العمل ، حيث تتفاعل هذه المتغيرات فيما بينها وتشكل سياقاً اجتماعياً يكون أكثر تهيئا لحدوث ظاهرة التعاطى، ويذهب العديد من الباحثين إلى أن السياق البيئى والاجتماعى الذى يعيش فيه الأفراد يفرز عدداً من العوامل التى تزيد من احتمالية الإقدام على التعاطى ، ويطلقون عليها العوامل المهيئة للتعاطى ، وتشمل مجموعة المؤثرات التى تحيط بالأفراد ، وتؤثر فى جانب كبير من سلوكهم ، وتشكل إطارهم القيمى ، وعلاقاتهم اليومية ، والأنشطة التى يؤدونها وتحدد رؤيتهم للواقع الذى يتفاعلون معه ، حيث تتداخل هذه العوامل والتى تعرف بالعوامل الاجتماعية والتى تثير بدورها العوامل الذاتية أو الشخصية أو البيولوجية للأفراد مما يهيئ الفرصة للسلوك الانحرافى . وسوف نناقش هنا العناصر التالية :

١ - البدايات المبكرة للتدخين والخصائص العمرية .

٢-البدايات المبكرة للتعاطى .

٣- ملامح البناء الأسرى لعينة الدراسة .

٤- الاستقطاب الحضرى لظاهرة المخدرات .

٥-الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة وأسرهم .

وفيما يلى نتناول العناصر السابقة بالتحليل فى ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الميدانية

من نتائج :

١ - البدايات المبكرة للتدخين :

شملت الدراسة عينه قوامها مائة شاب من المدمنين المودعين بمصحات العلاج من الإدمان داخل مدينة القاهرة الكبرى والجدول التالى يوضح توزيع العينة على فئات السن عند بداية التدخين :

جدول رقم (١١)

بدايات سن التدخين لأفراد العينة

فئات السن	التكرار	النسبة
أقل من ١٠ سنوات	٤	٤ ٪
من ١٠ - ١٥ سنه	٣٢	٣٢ ٪
من ١٥ - ٢٠ سنه	٥١	٥١ ٪
من ٢٠ سنه فأكثر	١٠	١٠ ٪
لا ينطبق	٣	٣ ٪
المجموع	١٠٠	١٠٠٪

توضح بيانات الجدول السابق والخاص بفئات السن عند التدخين البدايات المبكرة لهذا السلوك بين أفراد العينة التى أجريت عليها الدراسة من المدمنين ، وتشير الكثير من الدراسات إلى الارتباط ما بين التدخين والانزلاق أو الدخول إلى بوابة التعاطى والإدمان ، حيث لا يبدأ المدمن مدمنا ، ولكن يتم استقطابه من خلال الرفاق إلى التدخين ، والملاحظات اليومية تفصح عن تنامى هذه الظاهرة واتساع نطاقها بين الأطفال وبشكل خاص فى مراحل المراهقة والسنوات اللاحقة لها ، ومن ثم يكثر انتشارها بين طلبة المدارس وأطفال الشوارع والأطفال الذين يعملون صبية فى بعض الأعمال ، وعلى الرغم مما للتدخين من أضرار ، إلا أن وجود الكثير من الأطفال دون رعاية أسرية ومتابعة مستمرة ورقابة ووجود بعض المشكلات التى يعانى منها الأطفال فى مراحل عمرية مختلفة سواء

فى الدراسة أو فى الحياة ، والظروف الصعبة التى تجبر بعض الأسر إلى الدفع بأبنائها إلى مجالات العمل والتى قد لا تتناسب مع أعمار الأطفال ، تساعد على انتشار هذه الظاهرة واتساع نطاقها بين الأطفال ، يضاف إلى ذلك سهولة الحصول على السجائر وعدم تجريمها واعتبارها أحياناً مصدراً للتسلية . ثم يتدرج الطفل من التدخين إلى تجريب بعض الأنواع الأخرى من المخدرات التى يقدمها له الرفاق من أصدقاء السوء .

فقد بدأت نسبة بلغت ٣٢٪ التدخين فى المرحلة العمرية ما بين ١٠ - ١٥ سنه ونسبة أخرى بلغت ٥١٪ بدأت ممارسة للتدخين فى المرحلة العمرية من ١٥ - ٢٠ سنه ، وتشير نتائج الدراسة الميدانية التى نحن بصددها إلى أن نسبة بلغت ٤٪ من أفراد العينة بدأت التدخين فى سن أقل من عشر سنوات ، وتتسق هذه الحقائق مع نتائج الدراسات والبحوث التى أجراها صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، والمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، والتى تشير إلى البدايات المبكرة لسن التدخين والانتقال إلى مرحلة التعاطى ، واستخدام المواد المخدرة وشيوعها بين النشء والشباب فى مراحلهم العمرية المبكرة ، مع وجود اتجاه متزايد نحو شيوع هذه الظاهرة مما يترتب عليه من مخاطر تهدد المجتمع ، ففى دراسة عن المجتمعات المستهدفة للتعاطى [1] ، أظهرت أن سن ما يقرب من نصف حالات المتعاطين أقل من ٢٠ سنه ، كما تعاملت الدراسة مع إحدى حالات التعاطى ذات الثلاث عشرة سنة بينما أشار متعاط آخر إلى أنه بدأ التعاطى فى سن عشر سنوات ، وتتفق دراستنا مع دراسة أخرى أجريت على نزلاء مؤسسات الأحداث أظهرت أن نسبة بلغت٣,٦٪ من عينة الدراسة بدأت التعاطى فى سن يقل عن عشر سنوات ، بينما تركز سلوك التعاطى فى الفئة العمرية من ١٠ - ١٤ سنة بنسبة بلغت ٤٤,١٪ من حجم العينة .

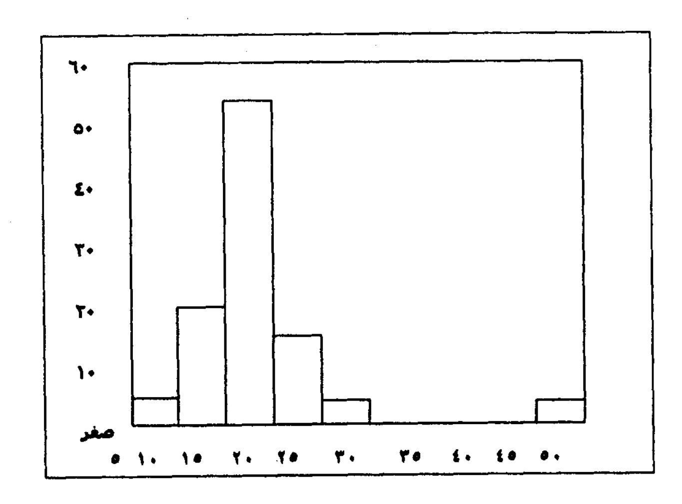
وقد أكدت مجموعة الشباب المدمنين خلال هذه الدراسة على أن البدايات كانت فى تدخين السجائر مع الأصدقاء والرفاق ، ثم قادتهم اللقاءات المتعددة مع أصدقاء السوء إلى تعاطى أنواع من الحبوب والبانجو من قبيل التجريب ، ثم انتهى الأمر إلى دائرة الإدمان وبشكل خاص البانجو والذى يعتبر من المواد المتاحة والتى تتميز برخص سعرها قياساً إلى غيرها من المواد الأخرى .

(١) انظر : علا مصطفى ، وآخرون ، تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ، ١٩٩٩ .

وتزيد خطورة انحراف هذه الفئة العمرية الصغيرة عندما تتجاوز خبرة التعاطى بمساوئها لتدخل إلى خبرة الاتجار ، حيث يتم استغلالهم فى الأعمال غير المشروعة من قبل ذويهم من التجار والذين يتمثلون فى الآباء والأقارب والأشقاء ممن يكبرونهم فى السن ، ويبدو هنا علاقة السياق الاجتماعى المتمثل فى الأسرة وقد أكد التجار بالفعل فى دراسة حول " تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة للتعاطى " (١) أنهم بدأوا تجربة الإدمان فى سنوات مبكرة بالسجائر ثم اعتياد المواد المخدرة ثم الدخول إلى عالم التجارة .

كما ترتبط خبرة التعاطى بالفئة العمرية من ١٥ - ٢٠ سنه والتى يزيد فيها معدل الانخراط فى الإدمان ، فهذه المرحلة العمرية تمثل مرحلة للتحول يمر بها النشء وتحمل من الخصائص السيكولوجية ما يسهم فى حدوث المشكلة إذا ما تهيأت الظروف لحدوثها ، ومن هذه الخصائص عدم الاستقرار والميل إلى التمرد ، والميل إلى المحاكاة ، والتأثر بجماعة الأقران والرفاق والذين يمارسون تأثيرهم على الفرد بشكل يفوق تأثير هذا الفئات العمرية بالظروف المحيطة بها .

والشكل التالى يوضح توزيع مفردات العينة وفقاً للسن عند بدايات التدخين :



(١) انظر : المرجع السابق .

وبشكل عام تفصح الدراسة الميدانية عن تركز النسبة الكبرى من أفراد العينة فى الفئة العمرية من ١٦ - ٢٥ حيث بلغت ٤٤ ٪ من حجم العينة ، كما نجد نسبة مماثلة قد تركزت أعمارها فى الفئة العمرية من ٢٦ - ٣٥ سنه ، ويعكس ذلك مدى خطورة هذه الظاهرة على النشء والشباب وتركزها فى مراحل عمرية مبكرة لتبدد طاقاتها وتمثل ثقوباً فى وعاء الطاقة بالمجتمع ، ومعوقاً للاستفادة من جهود الشباب بمجتمعهم .

٢ - البدايات المبكرة للتعاطى :

يوضح الجدول التالى توزيع نفس العينة على فئات السن عند بداية التعاطى :

جدول رقم (١٢)

بدايات سن التعاطى لأفراد العينة

فئات السن	التكرار	النسبة
أقل من ١٥ سنه	١٠	١٠ ٪
من ١٥ - ٢٠ سنه	٥٣	٥٣ ٪
من ٢٠ - ٢٥ سنه	٢٤	٢٤ ٪
من٢٥ - ٣٠ سنه	٦	٦ ٪
٣٠ سنه فأكثر	٧	٧ ٪
المجموع	١٠٠	١٠٠٪

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن نسبة ٥٣٪ من أفراد العينة قد بدأت مشوار تجريب المخدرات فى المرحلة العمرية من ١٥ - ٢٠ سنه ، بينما يشير الجدول إلى أن من هم فى الفئة العمرية من ٢٠ - ٢٥ سنه قد شكلوا ٢٤٪ من إجمالى العينة.

أى أن ٧٧٪ من إجمالى حجم العينة قد بدأ فى تعاطى المخدرات فى الفترة من ١٥ - ٢٥ سنه ، وهو مؤشر خطير لمدى التسيب الأسرى وعدم الاهتمام بمراقبة التغيرات التى تحدث للأبناء .

كما ترتبط خبرة التعاطى بالفئة العمرية من ١٥ - ٢٠ سنه والتى يزيد فيها معدل الانخراط فى الإدمان ، فهذه المرحلة العمرية تمثل مرحلة للتحول التى يمر بها النشء ، وتحمل من الخصائص السيكولوجية ما يسهم فى حدوث المشكلة إذا ما تهيأت الظروف لحدوثها ، ومن هذه الخصائص عدم الاستقرار والميل إلى التمرد ، والمحاكاة والتأثر بجماعة الأقران والرفاق والذين يمارسون تأثيرهم على الفرد بشكل يفوق تأثير هذه الفئات العمرية بالظروف المحيطة بها .

ويبين الجدول التالى العلاقة بين بدايات التعاطى وبدايات التدخين وذلك على النحو التالى :

جدول رقم (١٣)

التوزيع التكرارى المزدوج لمفردات العينة

وفقاً للسن عند بداية التعاطى مع السن عند بداية التدخين

السن عند بداية التعاطى / السن عند بداية التدخين	أقل من ١٥ سنه	١٥ - ٢٠	٢٠ - ٢٥	٢٥ - ٣٠	٣٠ سنه فأكثر	الإجمالى
لا يدخن		١	١		١	٣
أقل من ١٠ سنوات	٨	٢	٢			١٢
١٠ - ١٥ سنه	٢	١٦	٥		٣	٢٦
١٥ - ٢٠ سنه		٣٣	١١	٤	١	٤٩
٢٠ فأكثر		١	٥	٢	٢	١٠
الإجمالى	١٠	٥٣	٢٤	٦	٧	١٠٠

وقد بلغ معامل الارتباط الخطى بين المتغيرين ٩٥٪ مما يؤكد العلاقة القوية الموجبة بين المتغيرين ، إذ يتضح من الجدول السابق الارتباط الشديد بين البدايات المبكرة للتدخين والدخول المبكر إلى عالم التعاطى الذى هو البداية الطبيعية للإدمان .

وقد تبين أن ٢٦٪ من أفراد العينة المدمنين والذين كانوا يعالجون فى مصحات الإدمان بالقاهرة والذين شملتهم الدراسة بدأوا التدخين قبل سن الخمسة عشر عاماً . كما أدمن ١٢٪ من العينة بدأوا التدخين قبل سن العاشرة . أيضا نجد أن ٤٩٪ من إجمالى العينة قد بدأ التدخين قبل سن العشرين .

وهذا يؤكد غياب دور الأسرة والمدرسة معا وترك الأبناء ينهلون من ثقافات الرفقة السيئة التى تلقفتهم لتشاركهم الانحراف والخروج عن عادات وتقاليد المجتمع التى كان ينبغى للأسرة أن تبثها فيهم .

أيضا وجود الكثير من الأطفال الذين تعانى أسرهم من الفقر قد ألقوا بهم إلى العمل أو إلى الشارع ليقعوا بذلك فريسة أصدقاء السوء الذين يحاولون إثبات رجولتهم من خلال تدخين السجائر أو تعاطى البانجو أو الأقراص المخدرة وغيرها .

إن مقولة أن التدخين هو البوابة الرئيسية للدخول إلى عالم المخدرات هى مقولة حقيقية . لكن عندما يصل المخدر إلى أيدى الأطفال فى سن مبكرة فإن هذا هو الخطر الحقيقى الذى ينبغى تداركه .

٣- ملامح البناء الأسرى لعينة الدراسة :

أ - حجم الأسرة :

تشير البيانات الميدانية المتاحة حول الحياة الأسرية لأفراد العينة من المدمنين إلى أن نسبة كبيرة من أفرادها بلغت حوالى ٥٠٪ يعيشون فى أسرة مكتملة البناء من المنظور السوسيولوجى أو تتكون من الأب والأم والأخوة ، وعلى الرغم من أن هذه الحياة تبدو صورة مثلى لأفراد العينة من حيث الشكل ، إلا أن التحليل المتأنى لهذا الجانب يتطلب تحليل أنماط العلاقات أو الأدوار داخل الأسرة ، والذى قد يفصح عن مشكلات داخل أسر المدمنين ، كما تشير البيانات حول الظروف الأسرية لأفراد العينة إلى أن نسبة بلغت ٩٪ تعيش بمفردها ، وقد يبرر ذلك عوامل إدمانها ، ولا نعنى بذلك أن حياة الإنسان بمفرده وبدون أسرة تعرضه حتما إلى الانحراف ، ولكن ما نقصده هو أن حياة الفرد بمفرده تهيئ

له الفرصة للانحراف بشكل يفوق الأفراد الذين يعيشون مع الأسرة ، بالإضافة إلى نسبة أخرى من العينة بلغت ١٨٪ يعيش فيها المدمن مع أسرته الصغيرة المكونة منه ومن زوجته وأبنائه ، ونسبة مماثلة تعيش فيها أفراد العينة مع أسرة ممتدة تضم إلى جانب زوجته الآباء . ولا تعكس النسب المتاحة دلالات ذات معنى بالنسبة للأسرة وشكلها وعلاقتها بالإدمان ويقودنا ذلك إلى استدعاء التغييرات التى يمر بها المجتمع المصرى ، تيار الغزو الثقافى عبر الإعلام المفتوح ، وتكنولوجيا الاتصالات ، وما أدت إليه هذه المتغيرات من خلق تطلعات جديدة انصرف أمامها الآباء عن الأسرة لتحقيق هذه الطموحات وقد يستمر كدحهم ساعات النهار كاملة وبعض ساعات الليل ، وهجرة بعضهم إلى خارج الحدود لسنوات طويلة مما انعكس على هذه الشريحة العمرية والتى تعد أكثر حساسية من غيرها .

إلا أن دراسة الحالة التى أجريت على عينة من عشرة أفراد قد أوضحت أشكالا من التصدع الأسرى يكاد يعانى منه الغالبية العظمى من أفراد العينة ويأخذ هذا التصدع أشكالاً متعددة كانفصال الأب عن الأم أو زواج الأب بزوجة أخرى ، أو وفاة أحد الأبوين وتعرض الابن لحالة من الحرمان العاطفى أدت إلى تعرضه للانزلاق فى هذه المشكلة .

وبشكل عام أفقدت هذه المتغيرات الخارجية والداخلية الوحدات الاجتماعية الأساسية أدوارها ، وبشكل خاص التربوية فيها كالأسرة والمدرسة ومارست جماعات الرفاق دورها فى التأثير ، وانطبق على هذه المؤسسات وبشكل خاص الأسرة ما ذهب إليه علماء الاجتماع الوظيفيون عند تحليلهم للأدوار داخل هذه الوحدات الاجتماعية ، وفقدان هذه الوحدات لوظائفها - ما أطلقوا عليه الأبنية الخاوية أو الفارغة - بمعنى أن شكل الأسرة يوحى بدرجة مقبولة من الاتساق ، ولكن الواقع الجديد أفقدها دورها الذى اضطلعت به خلال المراحل التاريخية المختلفة ، وأصبح السياق الاجتماعى الذى تعيش فيه الأسرة سياقاً ضابطاً ومؤثراً على أفرادها ، وهو الذى يشكل الكثير من القيم التى توجهها ، ويتحكم فى سلوك أفرادها ، وتفصح الدراسة الميدانية عن تباين حجم الأسر التى يعيش فيها أفراد العينة والذى تعكسه بيانات الجدول التالى :

جدول رقم (١٤)

حجم أسرة المدمن فى عينة الدراسة

حجم الأسرة	التكرار	النسبة
١	٢	٢ ٪
٢	٥	٥ ٪
٣	١٤	١٤ ٪
٤	٢٤	٢٤ ٪
٥	١٧	١٧ ٪
٦	١٥	١٥ ٪
٧	١٣	١٣ ٪
٨	٥	٥ ٪
٩	٢	٢ ٪
١٠	٢	٢ ٪
١١	١	١ ٪
المجموع	١٠٠	١٠٠ ٪

توضح البيانات الواردة فى الجدول السابق كبر حجم الأسر التى تعيش فيها عينة الدراسة بشكل عام ، حيث بلغت نسبة من يعيشون فى أسرة يقل عدد أفرادها عن خمسة أفراد ٤٥٪ من حجم العينة ، والذين يعيشون فى أسرة مكونة من خمسة أفراد ١٧٪ من حجم العينة ونسبة الأسر التى يصل حجمها إلى ٧ أفراد ١٣٪ ، ونسبة الأسر التى يصل عددها إلى ٨ أفراد ٥٪ - وهذا يعنى أن ٥٠٪ من أفراد العينة يعيشون فى أسر يبلغ عددها من ٥ إلى ٨ أفراد ، وتشير بعض الدراسات إلى العلاقة الارتباطية بين حجم الأسرة كعامل مؤثر فى حدوث بعض أشكال الانحراف فقد تشكل العددية عبئاً على الأسرة ، ويؤدى ذلك بدوره إلى ضعف الرقابة على الأبناء وصعوبة العناية بهم وبشكل خاص بالمستويات الطبقية الدنيا .

ويوضح الجدول التالى العلاقة بين بدايات سن التعاطى مع كثافة الأسرة التى نشأ فيها المدمن .

جدول رقم (١٥)

التوزيع التكرارى المزدوج لمفردات العينة

وفقاً للسن عند بداية التعاطى مع حجم الأسرة

السن عند بداية التعاطى / حجم الأسرة	أقل من ١٥ سنه	١٥ ـ ٢٠	٢٠ ـ ٢٥	٢٥ ـ ٣٠	٣٠ سنه فأكثر	الإجمالى
فرد	١				١	٢
فردان		٣			٢	٥
ثلاثة أفراد	١	٧	٤	١	١	١٤
أربعة أفراد وأكثر	٨	٤٣	٢٠	٥	٣	٧٩
الإجمالى	١٠	٥٣	٢٤	٦	٧	١٠٠

وقد بلغ معامل الارتباط الخطى بين المتغيرين ٩٠٪ وهو ما يؤكد وجود علاقة موجبة قوية بين المتغيرين . إذ يتضح من الجدول السابق أن ٧٩٪ من أفراد العينة الذين ينتمون إلى أسر يصل عدد أبنائها إلى أكثر من ٤ أفراد قد سقطوا فى بئر الإدمان . ويرى البعض منطقية هذا التحليل حيث تنصرف الأسرة إلى تحقيق الطلبات المادية لأفرادها مما يزيد الفجوة بين الآباء والأبناء ويجعل الآباء غير متفرغين للرعاية المعنوية لأبنائهم ، مما يدفع الأبناء للبحث عن مصادر رعاية وعناية خارج الأسرة .

وبالرغم من وجود الأب والأم والأبناء يعيشون فى أسرة مكتملة من المنظور السوسيولوجى إلا أن الأسرة لا تقوم بوظائفها الطبيعية ، ولا يفوتنا هنا أن ننوه إلى العوامل الأخرى التى تشترك فى صياغة سلوكيات الأبناء وهى مؤسسات التنشئة الاجتماعية كالمدرسة والنادى وتجمعات الصبية والشباب وأجهزة الأعلام التى تقاعست جميعها عن تضمين عنصر التربية بجوار عنصر التعليم ، أضف إلى ذلك ضرورة الاستعانة بالخبرات الواعية لبث المفاهيم الخاصة بتنظيم الأسرة بشكل معتدل والتعرف على تجارب الدول الأخرى فى هذا المضمار . إذ أن الانفجار السكانى الذى نعيشه يبتلع

كل محاولات التنمية وتحسين ظروف الحياة حتى يجد النشء الملاذ الآمن لمتطلباته وطموحاته دون اللجوء إلى ما يغيبه عن واقعه الأليم.

ب _التعليم :

تفصح نتائج الدراسة الميدانية عن تباين واضح فى مستوى تعليم أفراد العينة فلم يكمل التعليم الجامعى منهم إلا نسبة بلغت ٢٠٪ ، كما كانت نسبة من العينة بلغت ٣٠٪ لم يتموا مرحلة التعليم المتوسط ، وتسرب من التعليم نسبة بلغت ١٦٪ وتوقفت نسبة بلغت ١٤٪ عند المرحلة الإعدادية ، كما لم يلتحق بالتعليم نسبة بلغت ٣٪ ، إضافة إلى نسبة بلغت ١١٪ قد أكملت تعليمها المتوسط .

جدول رقم (١٦)

توزيع مفردات العينة وفقاً لمرحلة التعليم التى وصل إليها المبحوث

	التكرار	النسبة
أمى لم يدخل المدرسة	٣	٣ ٪
تسرب من التعليم	١٦	١٦ ٪
يقرأ ويكتب	١	١ ٪
تعليم ابتدائى	٥	٥ ٪
تعليم إعدادى	١٤	١٤ ٪
تعليم ثانوى عام أو فنى	٣٠	٣٠ ٪
تعليم فوق المتوسط	١١	١١ ٪
تعليم جامعى	٢٠	٢٠ ٪
إجمالى	١٠٠	١٠٠٪

وتعكس البيانات السابقة انخفاض مستوى تعليم أفراد العينة إذ لم تكمل التعليم المتوسط والجامعى منهم إلا ٣١٪ ، بينما نجد النسبة الباقية قد تعثرت فى مراحل تعليمها المتوسط أو فى المرحلة الإعدادية ، كما تعكس البيانات ذاتها إذا ما ربطناها بالبيانات الخاصة بفئات السن عند التدخين والذى يشير إلى أن نسبة بلغت ٣٢٪ من أفراد العينة قد بدأت فى التدخين فى مرحلة عمرية ما بين ١٠ - ١٥ سنه ، ونسبة أخرى بلغت ٥١٪

قد اعتادت التدخين فى مرحلة عمرية من ١٥ - ٢٠ سنه، فيوضح ذلك لنا مدى الاختلال الذى أصاب مجموعة الشباب ممن أجريت عليهم الدراسة ، وكيف تفاعلت مجموعة من العوامل ، انعكست فى فشلهم الدراسى ، واعتيادهم التدخين بشكل مبكر ، وترتبط هذه الممارسات بضعف الرقابة الأسرية التى أتاحت الفرصة لانحراف أفراد العينة وهم فى سن مبكرة فى مجال التدخين والذى يعد بوابة أساسية للدخول إلى غير ذلك من مجالات الانحراف كما حدث بالنسبة للعينة حيث أدمن أفرادها .

وتؤكد النتائج السابقة دراسات الحالة والتى يتضح منها تسرب نسبة كبيرة من أفراد العينة من التعليم فى سن مبكرة ، بعضهم قد تسرب بعد مرحلة التعليم الابتدائى ، والبعض الآخر قد تسرب بعد المرحلة الإعدادية ، ومنهم من لم يلحق بالدراسة وتشير الدلائل الميدانية ودراسة الحالة إلى الارتباط بين الانزلاق فى هذه المشكلة وبين انخفاض المستوى التعليمى بشكل واضح .

وتأتى أهمية التعليم فى دوره فى الإعداد الفعلى للشخص ذلك الإعداد الذى يمكن أن يسهم بدوره فى وقاية الشخص من الانحراف وبشكل خاص إذا اقترن التعليم بتعميق الوعى لدى الشباب والصغار حول هذه المخاطر ، وسعى إلى تعميق بعض الأفكار عن المشاركة بالنسبة للفرد والدور المتوقع منه بالنسبة لمجتمعه مستقبلاً ، وهذه الأمور قد لا تندرج دائما فى برامج التعليم بالمجتمع المصرى ، فبالإضافة إلى فقدانه للدور التاريخى الذى اضطلع به كرافد أساسى للتنشئة الاجتماعية بجانب الأسرة ، فقد الخاصية الأساسية له والتى ظلت مرتبطة به خلال مراحل الثورة المبكرة عندما ارتبط التعليم بالحراك الاجتماعى من خلال ما يحقق من مكانة للأفراد الذين أكملوا مراحله ، إلا أن المتغيرات التى اجتاحت المجتمع المصرى جعلت من التعليم مطلباً اجتماعياً فحسب ، لا يسهم فى تحقيق أهداف مجتمعية ، ولا يلبى احتياجات اجتماعية ، ولا نبالغ إذا قلنا أنه يسهم بشكله الراهن فى التهيئة لحدوث مشكلات اجتماعية من خلال تخريج الآلاف من المتعطلين عن العمل ، وخلق ظاهرة البطالة وما يرتبط بها من مشكلات اجتماعية ومنها انتشار المخدرات بين الشباب الذى فقد الحلم والأمل ، وبحث عنهم فى عالم من الوهم

ليحقق فيه ذاته التى لم تتحقق فى الواقع .

والجدول التالى يوضح مدى الارتباط بين متغير التعليم ومحاولة التوقف عن التعاطى :

جدول رقم (١٧)

التوزيع التكرارى المزدوج لمفردات العينة

وفقاً لمرحلة التعليم ومحاولة التوقف عن المخدرات

التوقف عن المخدرات / مرحلة التعليم	نعم	لا	الإجمالى
أمي لم يدخل المدرسة	٢	١	٣
تسرب من التعليم	١٦		١٦
يقرأ ويكتب	١		١
تعليم ابتدائى	٥		٥
تعليم إعدادى	١٤		١٤
تعليم ثانوى عام أو فنى	٢٩	١	٣٠
تعليم فوق المتوسط	١١		١١
تعليم جامعى	٢٠		٢٠
الإجمالى	٩٨	٢	١٠٠

وقد بلغ معامل الارتباط الخطى بين المتغيرين ٩٠٪ وهو أيضا معامل يؤكد وجود علاقة موجبة قوية بين المتغيرين .

فنجد فى الجدول السابق أن مجموع من حاول الإقلاع عن تعاطى المخدرات يتركز فى الفئات التى حصلت على مؤهلات متوسطة وفوق متوسطة وجامعية بنسبة ٦٠٪ . وهذا يؤكد أنه كلما ازداد الوعى بخطورة المشكلة تبعاً لدرجة التعليم ازدادت الرغبة فى التخلص من الإدمان .

أما نسبة الـ ٣٨٪ الذين حاولوا الإقلاع عن الإدمان فقد انخفضت مستويات تعليمهم

بشكل واضح .

أما الـ ٢٪ الباقية فلم يحاولوا إطلاقاً الإقلاع عن الإدمان ، وقد دخلوا إلى المصحة للعلاج - للمرة الأولى برغبة من آبائهم - وقت إجراء الدراسة الميدانية .

وإذا أردنا الاقتراب أكثر من الحقيقة فإن جميع الفئات قد تساوت وتواجدت جنباً لجنب داخل مصحات الإدمان ، الأمر الذى يضع علامات استفهام كبيرة حول جدوى العلاج من الإدمان والإنفاق عليه .

لذا .. فإن التعليم ينبغى ألا يتوقف دوره عند التلقين والحفظ فقط بل ينبغى أن يتجاوز ذلك إلى الإعداد الأخلاقى الجيد للنشء والشباب ، ويحقق من خلاله كل ما نتمناه فى المستقبل القريب لمجتمعاتنا ، ويؤدى دوره بأمانة لتعميق الوعى بالمشكلات المجتمعية التى تعوق تنمية بلاده والتى تحقق أهدافه واحتياجاته .

جـ - الحالة الزواجية لأفراد العينة :

جدول رقم (١٨)

توزيع مفردات العينة وفقاً للحالة الزواجية

	التكرار	النسبة
لم يسبق له الزواج	٥٩	٥٩٪
خاطب - خطوبة أو عقد قران	١٠	١٠٪
متزوج	٢١	٢١٪
أرمل	١	١٪
منفصل	٢	٢٪
مطلق	٧	٧٪
إجمالى	١٠٠	١٠٠٪

أوضحت الدراسة الميدانية أن نسبة الأفراد الذين لم يسبق لهم الزواج فى عينة الدراسة بلغت ٥٩٪ ، بالإضافة إلى نسبة أخرى بلغت ١٠٪ يفكرون فى الزواج من خلال الإقدام على الارتباط عن طريق الخطوبة ، ونسبة بلغت ٢١٪ من العينة من المتزوجين ، ونسبة ١٪

من الأرامل ، ونسبة ٩٪ من المنفصلين ، وقد نجد تفسيرات منطقية لانحراف الأفراد وبشكل خاص الذين يعانون من تصدع أسرى وعلى رأسهم الأرامل والمطلقين والتى بلغت نسبتهم ١٠٪ فى هذه العينة ، إلا أن هذا المبرر يفقد منطقيته بالنسبة للأفراد المتزوجين من العينة والبالغ عددهم ٣٠ حالة بنسبة ٣٠٪ .

د - المسكن وبعض الدالات الاجتماعية المرتبطة به :

من الملاحظ أن ظاهرة الإدمان بين الشباب أصبحت من الظواهر المحيرة فى تفسيرها ، فبعض الآراء التى تفسر هذه الظاهرة تربط بين الظروف الاجتماعية والاقتصادية المتدنية وحدوث المشكلة ، والبعض الآخر يرجع المشكلة إلى غيبة الرقابة الأسرية على الأبناء من الأسرة ، وإهمال تربيتهم ، أو التدليل المبالغ فيه لهم والبعض الثالث من الباحثين يرجعون حدوث الظاهرة أو يفسرونها باعتبارها ظاهرة عالمية أصابت الكثير من المجتمعات النامية والمتقدمة على حد سواء .

وإذا كنا هنا بصدد البحث عن العلاقة بين المسكن والإدمان فعلينا النظر إليه فى سياق البعد الايكولوجى وموقع المسكن من مناطق التأثير والتى تسهم بدور بارز فى حدوث هذه المشكلة ، فأحيانا تسهم البيئة الطبيعية بأوضاعها المتردية فى استثارة عوامل الانحراف ، ويرى بعض علماء الاجتماع أن ظاهرة الإجرام تتأثر بطبيعة المكان وظروفه وكثافة السكان فيه .

وفى دراسة أجريت حول المجتمعات المستهدفة[١] للتعاطى والاتجار فى المخدرات فى بعض مناطق القاهرة (الجمالية ، عين شمس ، بولاق ، مدينة السلام) لوحظ أن هناك أرتفاعاً مستمراً وانتشاراً فى قضايا ذات علاقة بالمخدرات ، ويرجع ذلك إلى ظروف هذه المناطق وعلاقتها التاريخية بهذه المشكلة ، والكثافة السكانية فيها وضيق الشوارع فى بعضها وتطرف بعضها الآخر فى الموقع ، ويسهم ذلك فى استخدامها كأوكار لإخفاء المخدرات تمهيداً لإعادة توزيعها فى أنحاء القاهرة وتفصح الدراسة الميدانية عن طبيعة سكن

(١) انظر : علا مصطفى وآخرون ، تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة ، مرجع سبق ذكره .

أفراد العينة والتى يوضحها الجدول التالى :

جدول رقم (١٩)

توزيع أفراد العينة وفقاً لنوع السكن

نوع السكن	التكرار	النسبة
غرفة مستقلة	١	١٪
شقة مشتركة	٢	٢٪
شقة مستقلة	٧٧	٧٧٪
بيت خاص	١٨	١٨٪
فيلا	٢	٢٪

من الجدول السابق نلاحظ ما يلى :

- أن غالبية أفراد العينة تسكن فى شقة مستقلة بنسبة ٧٧٪ .
- أن عدد متوسط أفراد العينة يسكن فى منزل خاص بنسبة ١٨٪ .
- نسبة بسيطة من أفراد العينة يسكن فى فيلا مستقلة بلغت ٢٪ .
- نفس النسبة من أفراد العينة يسكن فى شقة مشتركة .
- ١٪ فقط من نسبة أفراد العينة يسكن فى غرفة مستقلة .

٤ - الاستقطاب الحضرى لظاهرة المخدرات:

جدول رقم (٢٠)

توزيع مفردات العينة وفقاً لمحل الميلاد

	التكرار	النسبة
الجيزة	٧	٧ ٪
الإسكندرية	٢	٢ ٪
القاهرة	٥٩	٥٩ ٪
سوهاج	٢	٢ ٪
الغربية	٧	٧ ٪
الدقهلية	٣	٣ ٪
الإسماعيلية	٢	٢ ٪
الأقصر	١	١ ٪
المنيا	٢	٢ ٪
كفر الشيخ	٢	٢ ٪
القليوبية	٤	٤ ٪
الشرقية	٣	٣ ٪
أسوان	١	١ ٪
الوادى الجديد	١	١ ٪
المنوفية	١	١ ٪
السعودية	٢	٢ ٪
ليبيا	١	١ ٪
	١٠٠	١٠٠٪

أظهرت الدراسة الميدانية أن نسبة من ولدوا بالقاهرة من مفردات عينة الدراسة بلغت ٥٩٪ ، كما أن نسبة الأفراد الذين ولدوا فى محافظة الجيزة بلغت ٧٪ ، ونفس النسبة بمحافظة الغربية ، وتوزيع باقى أفراد العينة البالغ عددهم ٢٧ مفرده على باقى المحافظات بنسب زهيدة تصل فى كل محافظة إلى ١٪

وترتفع فى بعض المحافظات إلى ٢٪ ، ويعكس هذا التركز لغالبية أفراد العينة بمحافظة القاهرة أو بمدينة القاهرة إلى الارتباط بين وجود هذه المشكلة ، وبين التجمعات الحضرية ذات الكثافة السكانية العالية . فالقاهرة تتميز بالتنوع الثقافى والاجتماعى بالإضافة إلى التناقضات التى تميزها ، وحزام العشوائيات الذى يطوقها واستقطابها لكثير من المهاجرين من المناطق الريفية ، ويتسق ذلك والتقارير التى تصدرها الإدارة العامة للمخدرات والتى يوضحها الجدول التالى :

جدول رقم (٢١)

عدد القضايا الخاصة بالمخدرات

حسب المحافظة من عام ١٩٨٥ - ١٩٩٧ (١)

المحافظة	١٩٨٥	١٩٨٦	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧
القاهرة	٣٤٧٥	٤١٥٧	٤٦٨٧	٥٥٩٧	٤٧١٠	٤٠٩٩	٥٣٤٦	٦٣٢٣	٧٠٨٠	٦٤٧٢	٦٥٨٤	٨٩٩٣	١٠١٣٠
إسكندرية	٨٤٢	٩٩٦	٨٦٨	١٠٢٦	١٠٢١	١١٦٥	١٥١٠	١٣٠٩	١١٥٤	١٠٠٩	٧٧٨	٩٦٦	٩١٨
الجيزة	٨٣٠	٨٧٥	٧٩٨	٦٨٥	٦٢٨	٥١٦	٧٤٦	٩٥٦	١١٠٣	٦٩٧	١٠٢٧	١٩٢٧	٢٦٢٩
بور سعيد	٢٤٤	٢٢٧	١٧٩	١٣٢	١٣٢	١٢١	١٣٨	١٧٩	٢٣٢	٢٢٨	٢٣٤	٢٤٣	٢٤٩
المنوفية	٩١	١٢٢	١٣٨	١٢٧	٢١٠	٨٨	١٤١	١٢٩	١٠٩	٧٦	٤٨	١٦٢	١٦٢
الشرقية	٢٧٦	٣٦٤	٣٢٩	٢٦٨	٢٧٩	٢٩٢	٣٥٢	٣٩٥	٣٨٠	٤٠٧	٤٢٩	٥١٥	٦٨٨
الغربية	١٦٥	٣٣٨	٣١٩	٤١٧	٣٢٢	٢٣٤	٣٤٩	٣٦٩	٣٥٢	٢٠٨	٢٢٣	١١٧٠	٣٧٩
القليوبية	٤٤٨	٥٣٤	٥٥٧	٧٥٧	١٨٨	٧٠١	٨٣٨	١٠٧٩	١٥١٩	١٥٠١	١٤٥٠	٢٠٥٠	٢٠٥٠
الفيوم	٤٩	٧٩	٧٩	٧٤	٣٣	٥٦	٦١	٧٨	٧٧	٧٦	٦٠	١٠٨	١١٣
المنيا	٧٨	٩٤	٨٩	٧٩	١٠١	٦٩	٧٠	١١١	٧٨	٦٣	٤٧	٩٨	١١١
سوهاج	١١٢	١٥٠	٢٩٨	١٦٨	١١٢	١١٣	١٦٨	١٥٥	١١٤	٧٦	٩٩	١٥٥	١٤٦
أسيوط	١٨٣	٣٣٢	١٧٠	٢١٢	١٣٠	١٠٥	١٤٠	١٣٦	٩٢	١٠٤	١٣٦	٢٦٤	٢١٤
قنا	١٢٠	١٨١	١٨١	١٦٦	١١٤	١٥١	٢١٣	١٧٣	١٢٠	١١٥	١٧٤	٢٩٠	٢٦٥
أسوان	٩٩	١٢٣	١١٤	١٣٤	١٣٦	٦٣	٥٦	١١٧	١٢	١٣٨	١٤١	١٧١	١٨٧
بنى سويف	٥٩	٦٥	٧٠	٦٤	٥٧	٣٥	٣١	٣١	٢٥	٢٦	٢٥	٥٥	١٠٠

(١) وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى ، القاهرة ، ١٩٩٧ .

والملاحظ أن مناطق الحضر بالمجتمع المصرى تستأثر بالنصيب الأكبر من جرائم الانحراف سواء منها السرقة ، أو الجرائم ذات الصلة بالمخدرات أو غير ذلك من أشكال الانحراف ، بسبب ازدحام هذه المناطق ، ففى الزحام تضيع القيم ، وتتوارى ملامح النظام ، وتنتشر الفردية ، والصراع ، ولا نقصد بذلك خلو الريف من هذه الظاهرة ، إلا أن السياق الثقافى والاجتماعى للريف ما زال يحمل الكثير من القيم التى يصعب على سياق المدينة الاحتفاظ بها وسط التباين السكانى الهائل الذى يميزه ، ولذلك فمن المتوقع أن تقل نسبة الأفراد الذين يقعون فرائس فى مخالب الإدمان بنفس الدرجة التى توجد بالمناطق الحضرية .

٥- الملامح الاقتصادية لأفراد العينة :

جدول (٢٢)

توزيع مفردات العينة وفقاً للعمل

	التكرار	النسبة
طالب	١٢	١٢ ٪
موظف حكومة	١٣	١٣ ٪
أعمال حره	٦٨	٦٨ ٪
لا يعمل	٧	٧ ٪
إجمالى	١٠٠	١٠٠٪

وتتضمن الخصائص الاقتصادية المهنة والدخل وأسلوب إنفاقه ، والذى يعكس درجات من التفاعل بين الخصائص الاقتصادية والاجتماعية . والملاحظ أن هناك ارتباطاً بين بعض المهن وأشكال السلوك ، وبشكل يدعونا إلى القول بثقافة المهنة كما أن العمل الذى يؤديه الفرد يسهم فى تحقيق بعض الاشباعات الاقتصادية والاجتماعية ، وتحقيق ذاته ومن ثم ينعكس عليه فى أسلوب حياته ، وتشير البيانات المتعلقة بأفراد العينة وموقعهم من العمل إلى أن نسبة كبيرة بلغت ٦٨٪ يعملون فى أعمال حرة ، وبشكل خاص الأعمال الحرفية والتى تنطوى على أشكال لعلاقات القهر بين مستوياتها المهارية وتنعكس على

أفرادها خلال مراحل الإعداد ، ويتعرض فيها الصبية خلال مراحل التعلم والإعداد إلى مواقف مفروضة عليهم ، كما أن سياق بعض الحرف يسود فيه التدخين والمخدرات ، بالإضافة إلى ما تدره هذه الحرف على أصحابها من دخل أكثر من غيره بالنسبة للأفراد الذين يعملون فى وظائف أكثر استقراراً ، ويتسق ذلك الطرح مع البيانات التى أفصحت عنها الدراسة الميدانية حول الدخل الشهرى لأفراد العينة ، حيث بلغت نسبة الذين تتجاوز دخولهم ٥٠٠ جنيه من أفراد العينة ٢٧٪ ، وبلغت نسبة الذين تجاوز دخلهم الشهرى ١٠٠٠ جنيه ١٢٪ ، وبلغت نسبة من تجاوز دخلهم الشهرى ١٥٠٠ جنيه ٣٪ من أفراد العينة ، كما بلغت نسبة من يزيد دخلهم الشهرى على ٢٠٠٠ جنيه ٨٪ .

والجدول التالى يوضح العلاقة بين بدايات سن التعاطى وطبيعة العمل :

جدول رقم (٢٣)

التوزيع التكرارى المزدوج لمفردات العينة

وفقاً للسن عند بداية التعاطى مع الحالة العملية

السن عند بداية التعاطى / طبيعة العمل	أقل من ١٥ سنه	١٥ ـ ٢٠	٢٠ ـ ٢٥	٢٥ ـ ٣٠	٣٠ سنه فأكثر	الإجمالى
طالب		٩	٣	١	٢	١٢
موظف		٤	٦	٥	٥	١٣
أعمال حرة	٨	٣٦	١٤	٠	٠	٦٨
لا يعمل	٢	٤	١	٦	٧	٧
الإجمالى	١٠	٥٣	٢٤			١٠٠

وقد بلغ معامل الارتباط الخطى بين المتغيرين ٩٣٪ ، أى وجود علاقة موجبة قوية تؤكد أن هناك ارتباطا وثيقا بين امتهان مهنة بعينها وسلوك الفرد .

إن الجدول السابق يوضح أن ٦٨٪ من إجمالى أفراد العينة يعملون فى الأعمال الحرة (سباك - كهربائى - طباع - نقاش - ميكانيكى - نجار - بقال .. الخ) منذ صغرهم

وقد تعامل ٨٪ منهم مع المخدرات قبل أن يتم ١٥ سنه وتعامل ٣٦٪ منهم فى الفئة العمرية من ١٥ - ٢٠ سنه مع المخدرات ، وتعامل ١٤٪ منهم مع المخدرات قبل سن ٢٥ سنه .

وقد أقدم ١٢٪ من إجمالى العينة من الطلبة على التعاطى ، منهم ٩ أفراد تعاطوا المخدرات فى الفئة العمرية من ١٥ - ٢٠ سنه وثلاثة أفراد تعاطوا المخدرات من ٢٠ - ٢٥ سنه .

وربما كانت طبيعة الأعمال الحرة وتسلط رئيس العمل على العمال الصغار لديه سبباً لانحراف هؤلاء . أضف لذلك أن بعضهم مكلف بأعداد جلسة التعاطى (للأسطى وأصدقائه) ، وكذلك التعامل مع بعض المواد غير المجرّمة ، مما يوجد ألفة بين الفرد والمخدر تجعله لا يخشى التعامل معه ، أيضا تحصل هذه الفئة من أرباب الأعمال الحرة على موارد دخل أكثر بكثير من مثيلاتها مما يساعدها على الانفاق على المخدر .

والجدول التالى يوضح المبلغ الذى ينفقه أفراد العينة كل على نفسه :

جدول رقم (٢٤)

المبلغ الذى ينفقه أفراد العينة كل على نفسه

فئات الإنفاق	التكرار	النسبة
لا ينطبق	٢	٢ ٪
أقل من ٥٠٠ جنيه	٤٧	٪ ٤٧
من ٥٠٠ - ١٠٠٠	٢٨	٪ ٢٨
من ١٠٠٠ - ١٥٠٠	٩	٩ ٪
من ١٥٠٠ - ٢٠٠٠	٦	٦ ٪
٢٠٠٠ فأكثر	٨	٨ ٪

بمقارنة البيانات الخاصة بتوزيع مفردات العينة وفقاً للعمل ببيانات الجدول السابق يلاحظ ارتفاع قيمة المصروف الذى ينفقه أفراد العينة على أنفسهم ، وتبدو العلاقة الجدلية بين ارتفاع نسبة الإنفاق بشكل واضح بين أفراد العينة ، وبين المخدرات والتى تتطلب

الكثير من الأموال ، وكذلك بين سلوك الإدمان ، ويبدو هنا ملامح التفاعل بين العمل فى بعض الحرف ، وبين ارتفاع الدخل وبين سلوك الإدمان ، حيث أفصحت الدراسة الميدانية أن الإنفاق على المخدرات احتل مكان الصدارة من بنود الإنفاق المختلفة لأفراد العينة ، حيث ابتلعت نسبة كبيرة من دخل أفراد العينة ليصل إلى ٣٨,٧٪ من إجمالى دخل الغالبية العظمى والتى بلغت ٨٩٪ من أفراد العينة ، ويلى ذلك الإنفاق على التدخين والذى استأثر هو الآخر بنسبة ٢١,٧٪ من الإنفاق العام لأفراد العينة ، وبمعنى آخر فإن أفراد العينة من المدمنين ينفقون دخلهم بنسبة تصل إلى ٦٠,٤٪ على التدخين والمخدرات ، ويمثل ذلك هدراً للإمكانيات المادية متمثلة فى الدخل وأسلوب الإنفاق الخاطئ له ، بالإضافة إلى ما يحدثه ذلك من مشكلات صحية .

أ - دخل الأسرة التى ينتمى إليها المدمنون :

أفصحت الدراسة المتعمقة عن تباين فى دخل الأسر التى ينتمى إليها أفراد العينة ، واتسقت هذه البيانات مع النتائج التى أوضحتها الدراسة الكمية من خلال الاستبيان ، وبشكل عام فقد أكد أفراد العينة بنسبة بلغت ٧٩٪ بأن دخل الأسرة كان دخلا كافياً ، أو بعبارة أخرى كانت الحالة المادية للأسرة التى ينتمى إليها الغالبية العظمى من المبحوثين ميسورة . بينما أجابت نسبة بلغت ٢١٪ من إجمالى العينة بأن دخل الأسرة لم يكن يكفيها .

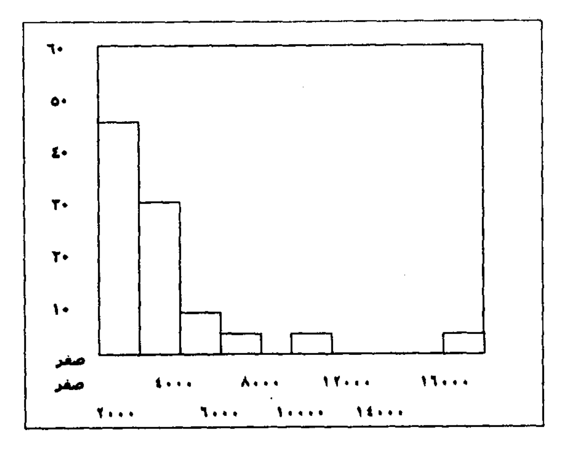
وإذا كنا هنا بصدد تحليل العلاقة بين المستوى الاقتصادى والإدمان فتشير العديد من الدراسات إلى أن ارتفاع دخل الأسرة إذا اقترن بالإغداق على الأبناء بشكل غير واع قد يؤدى إلى انحراف الأبناء بالإضافة إلى أن الحرمان يؤدى إلى نفس النتيجة والجدول التالى يوضح نسب توزيع الدخل بالنسبة لأسر المدمنين فى عينة الدراسة :

جدول رقم (٢٥)

توزيع مفردات العينة وفقاً لدخل الأسرة

مستوى الدخل	التكرار	النسبة
صفر	١٧	١٧ ٪
أقل من ٥٠٠	١٩	١٩ ٪
٥٠٠ - ١٠٠٠	٢٢	٢٢ ٪
١٠٠٠ - ١٥٠٠	١٣	١٣ ٪
١٥٠٠ - ٢٠٠٠	٩	٩ ٪
٢٠٠٠ فأكثر	٢٠	٢٠ ٪
إجمالى	١٠٠	١٠٠ ٪

والشكل التالى يوضح توزيع مفردات العينة وفقاً لدخل الأسرة :



تؤكد البيانات الواردة فى الجدول الخاص بدخل الأسر التى ينتمى إليها أفراد العينة من المدمنين على ما ذكره أفراد العينة من ارتفاع دخل الأسرة للحد الذى يكفى احتياجاتها ، حيث بلغ دخل الأسرة ما بين ٥٠٠ إلى ١٠٠٠ جنيه بنسبة بلغت ٢٢٪ ، ونسبة ١٣٪ من أفراد العينة بلغ دخل الأسرة بالنسبة لهم ما بين ١٠٠٠ - ١٥٠٠ جنيه ، ونسبة ٩٪ كان دخل أسرهم ما بين ١٥٠٠ - ٢٠٠٠ جنيه ، وارتفع الدخل بشكل واضح بالنسبة لفئة بلغت نسبتها ٢٠٪ حيث بلغ الدخل أكثر من ٢٠٠٠ جنيه شهرياً .

ب - الدخل الشهرى من العمل للعاملين من أفراد العينة :

جدول رقم (٢٦)

توزيع مفردات العينة وفقاً للمكسب الشهرى للعاملين

	التكرار	النسبة ٪
لا ينطبق	١٩	١٩ ٪
أقل من ٥٠٠	٣١	٣١ ٪
٥٠٠ - ١٠٠٠	٢٧	٢٧ ٪
١٠٠٠ - ١٥٠٠	١٢	١٢ ٪
١٥٠٠ - ٢٠٠٠	٣	٣ ٪
فاكثر ٢٠٠٠	٨	٨ ٪
إجمالى	١٠٠	١٠٠ ٪

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن نسبة بلغت ٣١٪ يصل دخلها إلى أقل من ٥٠٠ جنيه ، ونسبة ٢٧٪ من أفراد العينة بلغ دخلها ما بين ٥٠٠ - ١٠٠٠ جنيه، ونسبة ١٢٪ من أفراد العينة يصل دخلها الشهرى ما بين ١٠٠٠ - ١٥٠٠ جنيه ، وقد تجاوزت نسبة بلغت ٣٪ فى دخلها الشهرى ١٥٠٠ جنيه ، كما تجاوز دخل بعض أفراد العينة مبلغ ٢٠٠٠ جنيه شهرياً بنسبة تصل إلى ٨٪ .

كما كشفت الدراسة الميدانية عن ارتفاع ملحوظ فى المبالغ التى ينفقها بعض الأفراد على أنفسهم ، حيث بلغت هذه المبالغ أكثر من ٢٠٠٠ جنيه بنسبة ٨٪ من أفراد العينة كما ينفق مجموعة من أفراد العينة أكثر من ١٥٠٠ جنيه بنسبة ٦٪ .

كما تشير البيانات المتاحة فى هذا الصدد إلى أن الغالبية العظمى من أفراد العينة والبالغ نسبتهم ٤٧٪ يقل إنفاقهم عن ٥٠٠ جنيه شهرياً ، ونسبة أخرى بلغت ٢٨٪ زاد إنفاقها عن ٥٠٠ جنيه .

وبشكل عام تعكس هذه البيانات معنى الإفراط فى الإنفاق الشخصى من قبل أفراد

العينة لمواجهة أثمان السجاير والمواد المخدرة التى أدمنوها ، والتى تتسم بارتفاع أسعارها . وفقاً للجدول التالى :

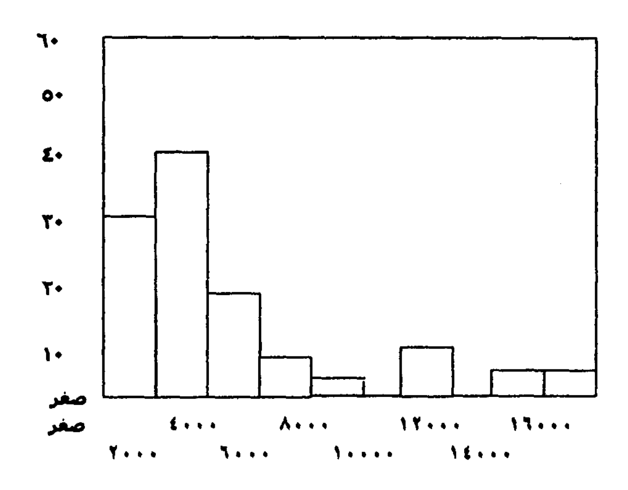
جدول رقم (٢٧)

توزيع مفردات العينة

وفقاً للمبلغ الذى ينفقه المبحوث على نفسه

	التكرار	النسبة ٪
لا ينطبق	٢	٢ ٪
أقل من ٥٠٠	٤٧	٤٧ ٪
٥٠٠ - ١٠٠٠	٢٨	٢٨ ٪
١٠٠٠ - ١٥٠٠	٩	٩ ٪
١٥٠٠ - ٢٠٠٠	٦	٦ ٪
فأكثر ٢٠٠٠	٨	٨ ٪
إجمالى	١٠٠	١٠٠ ٪

والشكل التالى يوضح منحنى توزيع مفردات العينة وفقاُ للمبلغ الشهرى الذى ينفقه المبحوث على نفسه :



لكن لا يفوتنا هنا أن من لا يستطيع توفير هذه المبالغ للانفاق على المخدر ، فإنه يلجأ إلى أساليب إجرامية كالسرقة من الأهل وغيرهم والاستدانة من بعضهم البعض أو مساعدة التجار فى ترويج بضائعهم .

ج - أوجه الانفاق فى دخل أفراد العينة :

من الطبيعى أن تحتل المخدرات مكان الصدارة فى قائمة الانفاق بالنسبة لأفراد العينة من المدمنين حيث ابتلعت المخدرات نسبة بلغت ٣٨,٧٪ من إجمالى دخل ٨٩٪ من أفراد العينة ، يلى ذلك التدخين والذى استحوذ على نسبة من دخل أفراد العينة بلغت ٢١,٧٪ لحوالى ٥٠٪ من أفراد عينة المبحوثين ، وبهذا المعنى يمكن القول أن الإنفاق على المخدرات والتدخين يصل إلى ٦٠,٤٪ من إجمالى دخل الغالبية العظمى من أفراد العينة ، وتنفق النسبة الباقية من الدخل على الغذاء بنسبة ١١,٣٪ لحوالى ٢٦٪ من أفراد العينة ، وعلى الملابس بنسبة ٨,٧٪ بالنسبة ٢٠٪ من حجم العينة ، والجدول التالى يؤكد البيانات السابقة :

جدول رقم (٢٨)

توزيع مفردات العينة وفقاً لأوجه الإنفاق

	التكرار	النسبة ٪
غذاء	٢٦	١١,٣ ٪
ملابس	٢٠	٨,٧ ٪
تدخين	٥٠	٢١,٧ ٪
قراءة	٥	٢ر٢ ٪
كحوليات	١٧	٧,٤ ٪
مخدرات	٨٩	٣٨,٧ ٪
الفسح مع الأصحاب	٢١	٩,١ ٪
رياضة	٢	٠,٩ ٪
المجموع	٢٣٠	١٠٠ ٪

هذا الجدول من النوع المتعدد الإجابات حيث كان المبحوثون يجيبون بأكثر من إجابة ، ومن ثم فإن مجموع الإجابات لا يساوى جملة حجم العينة .

د - هجرة الآباء وانحراف الأبناء :

شهدت العقود الأخيرة من القرن الماضى موجات من الهجرة إلى خارج المجتمع المصرى سعياً وراء الرزق ، ولتحقيق الطموحات الاقتصادية التى لم تتحقق فى الداخل .

ولقد تركت هذه الظاهرة آثارها البالغة على الأسرة المصرية ، وشهد المجتمع المصرى صوراً متباينة للحياة فى ظل هذه الظاهرة ، منها تأنيث الأسرة ، حيث تتولى الأم إدارة شئون الحياة وتربية الأبناء خلال سنوات الهجرة التى وصلت إلى عشر سنوات أو أكثر ، غاب فيها الأب عن الأبناء واكتفى بدور الممول الذى يحرص على تحقيق الاشباعات المادية لأفراد أسرته ، وفى صورة أخرى خرجت الأم مهاجرة وتركت الأبناء وشأنهم أو فى رعاية أحد الأقارب .

وقد أفرزت هذه الظاهرة الكثير من أشكال الانحراف للأبناء الذين غابت عنهم الرعاية ، ولسنا هنا بصدد تقييم الآثار المترتبة على الهجرة ولكن جاء استحضارها فى سياق مشكلة إدمان الشباب للمخدرات .

ففى الدراسة التى نحن بصددها ظهرت ملامح لهذه الآثار على نسبة من العينة بلغت ١٩٪ حيث عاشوا فى أسر سافر فيها الأب والأم إلى الخارج ، منهم ١٥٪ سافر فيها الأب، ونسبة ٣٪ سافرت فيها الأم ، ونسبة ١٪ سافر فيها الأب والأم معا وتركوا الأبناء ، وهذه النسبة والبالغة ١٩٪ تبدو نسبة محدودة ولكن تؤكد ما للهجرة من آثار على انحراف الأبناء . وفقاً للجدول التالى :

جدول رقم (٢٩)

توزيع مفردات العينة وفقاً للشخص المسافر خارج البلاد

ظروف الأسر	التكرار	النسبة ٪
لا ينطبق	٨١	٨١ ٪
الأب ١	١٥	١٥ ٪
الأم ٢	٣	٣ ٪
الاثنين ٣	١	١ ٪
إجمالى	١٠٠	١٠٠٪

هـ- نمط العلاقات داخل الأسرة وتأثيره على الإدمان بين الشباب :

أفصحت دراسة الحالة عن مشكلات تعترى العلاقة بين الآباء والأبناء ، فى ظل ظروف التفكك الأسرى التى تعيشها بعض الحالات ، بالإضافة إلى عوامل خارجية تعيشها الأسرة المصرية ويتأثر بها الشباب ومنها تعدد روافد القيم فى سياق اجتماعى وجغرافى متقارب، وإيقاع التغير السريع ، وموجات الغزو الثقافى حيث تفاعلت هذه العوامل وشكلت نمط العلاقات داخل الأسرة سواء بوعى من الأفراد أو بغير وعى منهم ، وتعددت عوالم الأفراد المتباعدة أحياناً أو المتقاربة أحياناً أخرى ، وعاش أفراد الأسرة الواحدة فى جزر منعزلة عن بعضها ، فالآباء تنتمى أفكارهم وتصوراتهم وإدراكهم للأمور إلى خبرات حياتية تبدو متباعدة أمام الأبناء، كما تبدو غير ملائمة لهم وقد تسبب تعثرهم فى تحقيق تطلعاتهم وطموحاتهم فى الواقع الجديد، ويتسق ذلك مع السياق الجديد الذى أسهم فى صياغة النماذج القيميه الجديدة لهم ، أو بعبارة أخرى يمكن القول أن المؤثرات التى صاحبت مرحلة التحول الاجتماعى فى المجتمع المصرى قد استوعبها الأبناء بشكل أسرع من الآباء لأن الأبناء ولدوا فى رحم هذه التحولات ، ويمتلكون من الموروثات الاجتماعية ما يجعلهم أكثر قدرة من الآباء على دمجها فى سلوكهم ، فى الوقت الذى توقف الآباء أمام هذه المؤثرات ، وتجسدت الفجوة الجيلية داخل الأسرة ، وتباينت لغة الخطاب اليومى ،

وتعذر التواصل ، وزادت العزلة ، وبحث الأبناء عن اشباعاتهم خارج حدود الأسرة ، وفقدت الأسرة بذلك دورها المهم فى تحقيق الأمان النفسى الذى يمكن أن يحقق الحماية لأبنائها .

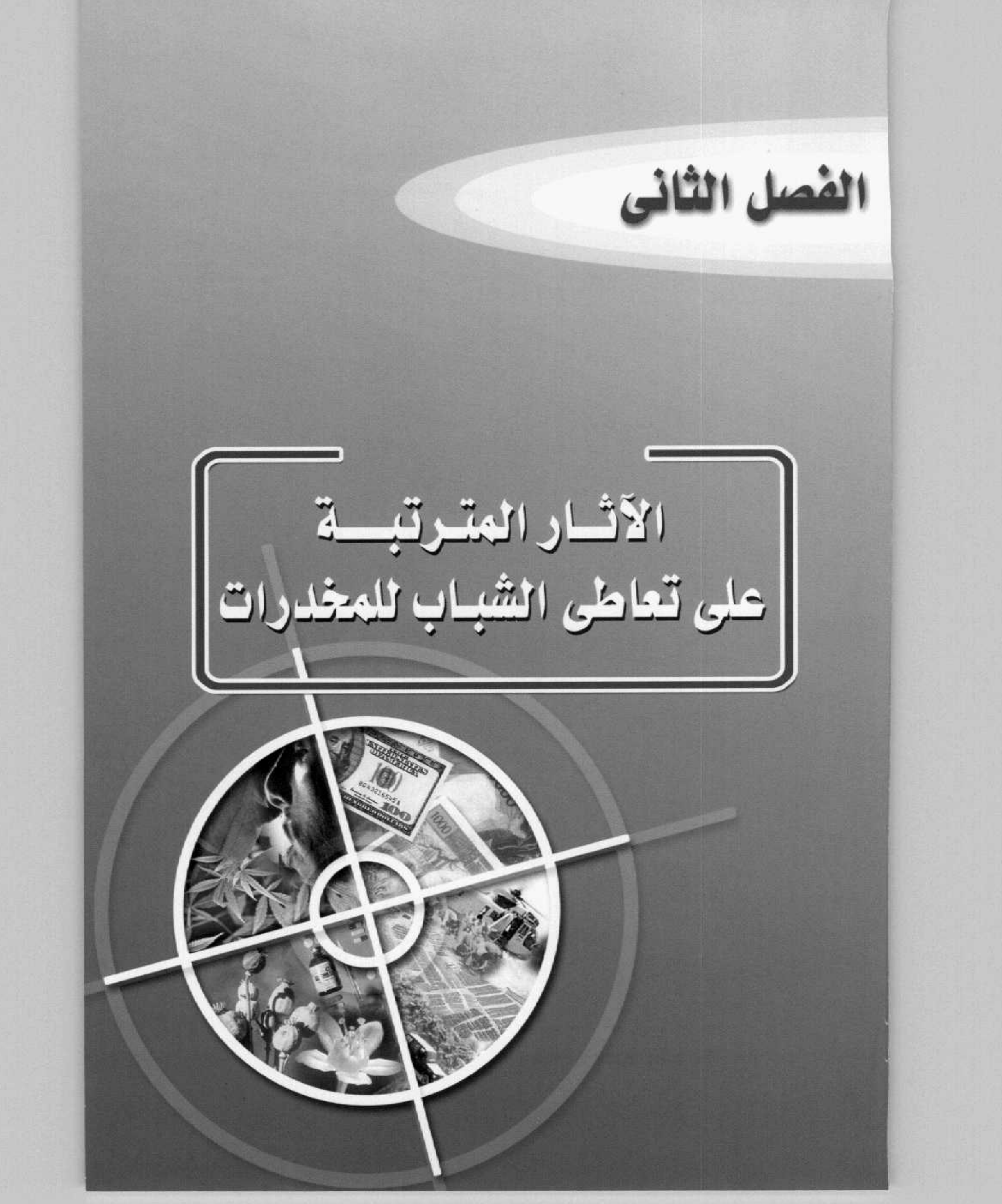
و – ضيق مساحة التفاعل بين أفراد الأسرة :

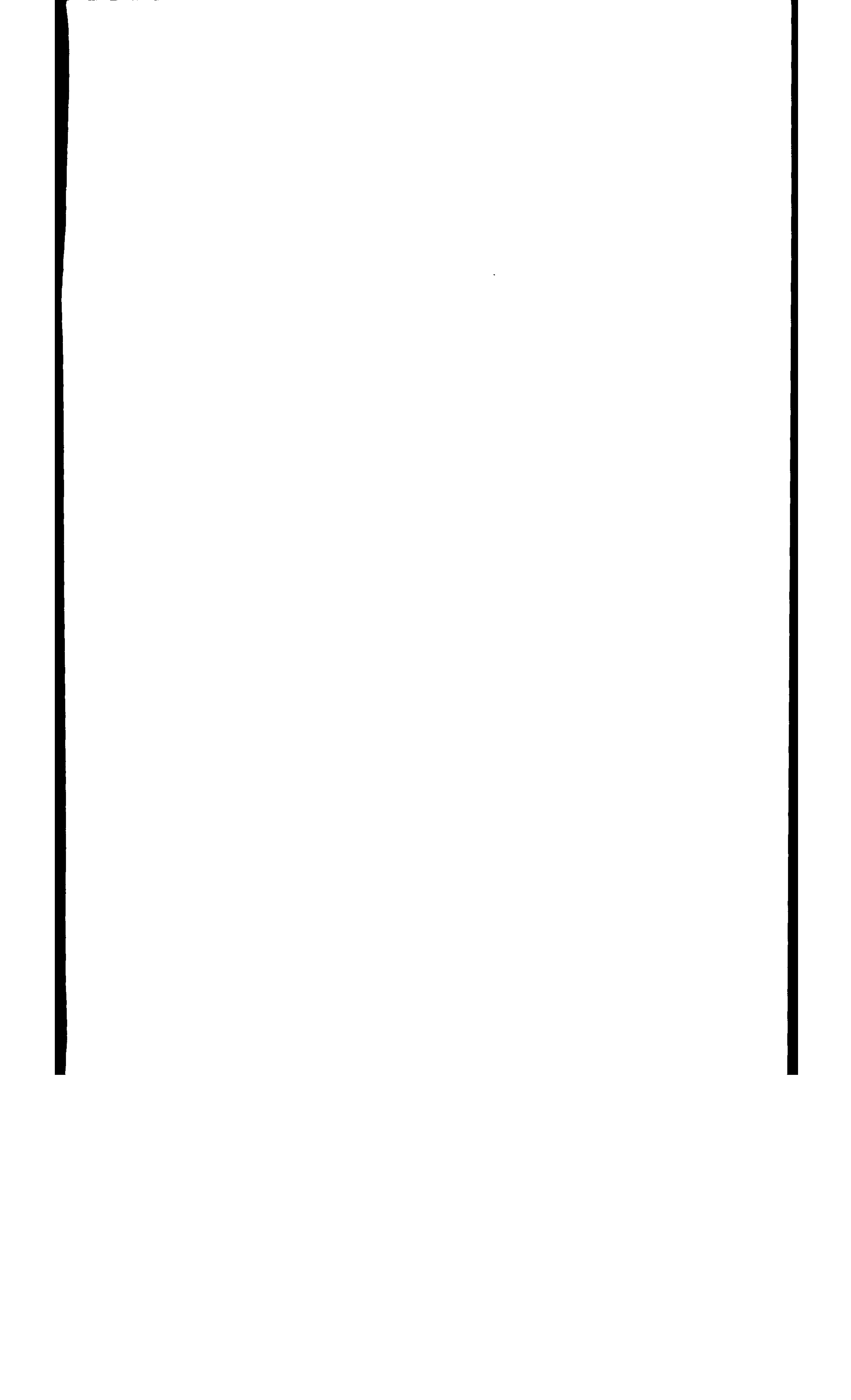
أفصحت الدراسة المتعمقة من خلال الحالات التى شملتها الدراسة عن ضيق مساحة التفاعل بين أفراد أسر المدمنين ، فقد تعددت مقاصد أفراد الأسرة ، وتعذر على الآباء استيعاب مشاكل الأبناء فى ظل انشغال الآباء ومحاولة التوفيق بين التطلعات الجارفة واللانهائية وبين الدخول المحدودة ، وقد قلل ذلك مساحة التفاعل بين الأفراد ، وغاب الآباء عن رعاية أسرهم برغم وجودهم الفيزيقى ، وازدادت مساحات التفاعل ضيقاً عندما هاجر الآباء إما إلى خارج حدود البلاد سعياً وراء الطموح المادى ، أو داخل حدود البلاد من خلال قضاء النهار بأكمله وقطع من الليل للوفاء بحاجات الأسرة ، وترك الأبناء دون رعاية أو فى رعاية الأم والتى انشغلت بدورها فى أدوار اقتصادية أو اجتماعية وانزلق الأبناء إلى دوائر الانحراف التى استقطبهم إليها رفاق السوء فى غفلة من الآباء ، والذين – أى رفاق السوء – أصبح لهم تأثير يفوق تأثير الأسرة على الأبناء ، وفوجئت الأسرة بانحراف أبنائها ووقوعهم فى مشكلة الإدمان ، بعد أن تأخر الوقت .

فالعزلة التى يعيشها أفراد الأسرة لا تتيح الاقتراب والتفاعل والكشف عن المتاعب بشكل مبكر ، وضل الأبناء طريقهم وهم بصدد البحث عن ذواتهم المفقودة داخل أسرهم، وفى ظل غفلة الأب عنهم ، وانشغالهم بطموحاتهم المادية ، وتجاوزهم البعد الإنسانى بما تتضمنه من المودة والرحمة والتى يمكن أن يحقق الحماية للأبناء بشكل يفوق الجانب المادى الذى انشغل به الآباء .

الفصل الثانى

الآثار المترتبة على تعاطى الشباب للمخدرات





تمهيد :

يتعاطى البعض من الشباب والكبار المخدرات متوهماً أنها ستساعده على الهروب من الواقع الذى يعانى فيه من مشكلات ، ويعكس ذلك فهماً خاطئاً وتصوراً شائعاً أن المخدرات سوف تخرجه من دائرة الضغوط اليومية التى تؤرقه، وبهذا الفهم الخاطئ يكون المدمن فى مسلكه المدمر هذا " كالمستجير من الرمضاء بالنار" فالإدمان يضفى على الشخص هموماً على همومه ، وضغوطاً فوق ما يؤرقه من ضغوط ، وتفسر علاقة المدمن بالواقع الذى يعيش فيه ، حيث تزداد عزلته وينفصل نفسياً واجتماعياً عن ذويه ، ويحتفظ بخيوط رفيعة مع رفاق السوء من المدمنين الذين يساعدونه فى الحصول على المخدر ، ومشاركته لقاءات التعاطى .

وبشكل عام فالإدمان يرتبط بالعديد من الأضرار التى يمكن أن نوجزها فيما يلى :

أضرار عامة للمخدرات منها :

-تقليل الوعى أو تغييبه كما يحدث فى الأفيون والهيروين .

- اضطراب فى إدراك الواقع والهلوسة كما هو فى حالات تعاطى البانجو والحشيش .

- التأثير على جهاز المناعة للمدمن حيث يصبح المدمن عرضة للمرض .

- ضعف الذاكرة واضطراب التفكير وانخفاض فى معدلات الذكاء .

- ضعف قوة الإبصار بسبب التأثير على العصب البصرى .

- التغير فى نمط شخصية المتعاطى حيث تزداد مشاعر الكراهية للأسرة التى يعيش

فيها والمجتمع الكبير .

- احتمال التعرض لبعض الأمراض بشكل يفوق غير المدمنين .

- الاضطرابات فى الجهاز التنفسى والجهاز الدورى والقلب .

بالإضافة إلى العديد من الآثار التى تنعكس على المجتمع الذى توجد فيه هذه الظاهرة ، وتبدو هذه المخاطر إذا عرفنا أنها أصبحت الآن أكثر انتشاراً بين أكثر الفئات العمرية حيوية وهى فئة الشباب وسوف يخصص هذا الفصل لمناقشة الآثار المترتبة على ظاهرة التعاطى بين الشباب من خلال العناصر التالية :

أولاً : حجم الظاهرة بين الشباب (الشباب والمخدرات) .

ثانياً : الهدر الاجتماعى للطاقة والقدرة للمدمن .

ثالثاً : الموقف من العمل أو الدراسة للمدمن .

رابعاً : المتعاطون والمجتمع .

خامساً : المتعاطون والأسرة .

وفيما يلى نتناول هذه العناصر بشىء من التفصيل :

أولاً : الشباب والمخدرات :

تؤكد البيانات المتاحة بشأن مشكلة المخدرات على تنامى حجم هذه الظاهرة بشكل واضح بين الشباب ، كما تشير هذه الدراسات إلى احتلال مخدر البانجو مكان الصدارة من الأنواع الأخرى من المخدرات ، بالإضافة إلى استقطابه لهذه الفئة العمرية ، وتبرر الدراسات ذلك لسهولة الحصول عليه بالإضافة إلى انتشاره وتداوله على نطاق واسع ، وإمكان زراعته فى مناطق تخصصت فى ذلك ، هذا فضلاً عن أن هذه المخدر لا يحتاج فى تعاطيه إلى طقوس وترتيب كتلك التى تستخدم فى جلسات الحشيش ، ووفقاً لإحصاءات

وزارة الداخلية ، فى التقرير السنوى للإدارة العامة لمكافحة المخدرات الصادر عام ١٩٨٨ ، فقد احتل مخدر البانجو نسبة بلغت ٧٠,١٧٪ من قضايا المخدرات ، وبلغ عددها ١٥٥٩١ قضية ثم تلى ذلك المواد المؤثرة على الحالة النفسية والتى بلغت نسبتها ١٠,٢٪ من إجمالى القضايا وعدد قضاياها ٢٢٦٠ قضية ، ويأتى بعد ذلك قضايا الهيروين والتى تضاءلت بشكل ملحوظ لتصل نسبتها إلى ٦,٢٧٪ بإجمالى عدد قضايا بلغت ١٢٣٣ قضية ، وكذلك الحشيش الذى تقلصت عدد قضاياه بشكل ملحوظ لتبلغ ٩٤٢ قضية بنسبة ٤,٥٪ من إجمالى قضايا المخدرات . وإذا كنا فى هذا الجزء من الدراسة نحاول إلقاء الضوء على الآثار الاجتماعية فان الأمر يبدو شاقاً فى التناول لتباين أشكال التأثير ، وللآثار السلبية المتنوعة التى يجنيها المجتمع من جراء هذه الظاهرة ، فبعضها مادى وبعضها نفسى وبعضها اجتماعى ، وبعضها صحى ، ولا يمكن بحال من الأحوال أن ننكر التكلفة بأبعادها المختلفة والتى يتحملها المجتمع والتى تتجاوز ما ينفق على شراء المخدرات واستحكامات الأمن لحصار هذا الوباء والإنفاق على العلاج ، وتأثير الإدمان على إنتاجية الشباب من المدمنين ويمثلون القطاع العريض من المدمنين أو نسبة كبيرة على خريطة الإدمان ، وانعكاس هذه التأثيرات على موقف المدمن ، ومقدرته على مواصلة الحياة بصورة طبيعية ، وموقفه من العمل والمدرسة والجامعة إذا كان طالباً ، أو من الأسرة التى يعيش فيها وجدير بالذكر أن جزءا من هذه الآثار يمثل ثقوباً فى وعاء الطاقة المجتمعية وهدرا للإمكانيات والطاقات البشرية فى أى مجتمع توجد فيه هذه المشكلة ، وسوف نتناول بعض المؤشرات الكمية التى تساعدنا فى الكشف عن الآثار المترتبة على الإدمان ومنها :

أ - عدد القضايا والمتهمين فيها خلال الفترة من ١٩٩٤ - ١٩٩٨ .

ب - اعداد المتهمين المضبوطين من حيث الفئات العمرية خلال عام ١٩٩٨ .

جـ - اعداد المتهمين المضبوطين من حيث المهن .

أ – عدد القضايا والمتهمين فيها :

جدول رقم (٣٠)

عدد القضايا والمتهمين

خلال الفترة من ١٩٩٤ – ١٩٩٨[١]

البيان / السنة	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨
عدد القضايا	١٢٦٧٣	١٣٠٧٨	١٧٣٧٦	٢١٢١٠	٢٦١٠٩
عدد المتهمين	١٣٨٢٨	١٣٨٢٨	١٨٨٧٠	٢٢٨٢٤	٢٧٨٢١

وتشير بيانات الجدول إلى تنامى ظاهرة المخدرات بشكل سلبى على مستوى المجتمع ، فقد كان عدد القضايا عام ١٩٩٤ نحو ١٢٦٧٣ قضية وفى غضون خمس سنوات ارتفع عدد القضايا إلى ٢٦١٠٩ قضايا بالرغم من الجهود الهائلة التى تبذلها الجهات الأمنية لحصار المشكلة ، وهذه الزيادة تمثل هدراً واضحاً فى الإمكانيات المادية للمجتمع ، من حيث تسرب الطاقة فى مجالات غير إنتاجيه فى مجتمع يعانى من مشكلات الفقر ، وضعف القدرة الإنتاجية .

وتبدو ملامح هذا الهدر إذا ما تأملنا بيانات الجدول الخاص بالمفروض عليهم الحراسة بموجب أحكام محكمة القيم والتى يوضحها الجدول التالى :

---

(١) وزارة الداخلية : التقرير السنوى للإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ١٩٨٨ ، مرجع سبق ذكره، ص ٣٠٥ .

جدول رقم (٣١)

عدد الخاضعين للمصادرة وقيمة أموالهم[١]

السنة	عدد الخاضعين للمصادرة	قيمة الأموال المصادرة
١٩٩١	١٣	١٠٦١٦٩٠٨
١٩٩٢	٢٢	٣٠٤٦٠٤٠٠
١٩٩٣	١٥	٢٠١٧٥٩٤٥
١٩٩٤	٩	٤٢٦٧٥١٧٠
١٩٩٥	٤	٣٧٤٧٥٢١
١٩٩٦	١١	٧٥٥٦٤١٦
١٩٩٧	٩	٥٧٦٥٣٠٢٨
١٩٩٨	٥	١٣٩٥٦٠٧٠
الإجمالى	٨٨	١٨٦٨٤١٤٥٨

تقدر القيمة الإجمالية التى تتداول فى هذه التجارة غير المشروعة لهذا العدد المحدود من الأفراد بمبلغ ١٨٧ مليون جنيه ، وفى تقرير آخر تشير بعض الدراسات إلى أن المبلغ المتداول فى هذه الأنشطة غير المشروعة هو ٣٩٥ مليون جنيه[٢] ويتسق ذلك مع التقديرات التى تشير إلى تعاظم حجم التجارة فى المواد المخدرة عالميا واتساعها وتنظيمها وتعقيدها إلى الحد الذى يطلق عليها البعض التجارة الثالثة ، بعد تجارة السلاح والمواد الغذائية ، فقد أوضح تقرير لفريق العمل الدولى التابع لمجموعة الدول السبع الصناعية الكبرى أن حوالى ١٢٠ مليار دولار سنوياً يجرى غسلها من تجارة المخدرات فى شبكات القطاع المالى الدولى ، ويحذر تقرير لصحيفة الإندبندنت من أن أموال المخدرات التى يتدفق معظمها عبر لندن باعتبارها أكبر سوق مصرفيه يهدد باضطرابات فى أسواق المال الدولية ، وليس هذا هو الخطر الوحيد الذى تشكله تجارة المخدرات ، فالى جانب عبثها

(١) أنظر : المصدر السابق .

(٢) لمزيد من التفاصيل . أنظر : علا مصطفى وآخرون فى : تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة للتعاطى مرجع سبق ذكره ص ٢ ، ٣ .

بأسواق المال الدولية وقدرتها على زعزعة استقرارها ، فانها تؤدى فى الوقت نفسه إلى فداحة التكاليف الاجتماعية والصحية الناجمة عن هذه التجارة المحرمة .(١)

ويبدو أن لهذه المشكلة أصداء عالمية وشبكات منظمة تغذى الروافد المحلية ، وأساليب متنوعة لخلق الطلب على المخدرات فى كثير من المجتمعات النامية والمتقدمة على السواء ، وتجد استجابة متباينة من الفئات العمرية المبكرة وبشكل خاص الشباب باعتبارها مرحلة عمرية تتميز بالقلق والحساسية الشديدة للمشكلات الاجتماعية والاقتصادية .

ب - الفئات العمرية للمتهمين :

الجدول رقم (٣٢)

الفئات العمرية للمتهمين فى قضايا المخدرات عام ١٩٩٨

فئات السن	العدد
أقل من ١٨ سنة	٣٧٨
١٨ -	٢٧٠٢
٢١ -	٢٩١٤
٢٥ -	٢٦٠٠
٣٠ -	٦٤٧٩
٣٥ فأكثر	١٢٧٣٩
الإجمالى	٢٧٣١٢

وتشير بيانات الجدول السابق إلى أن المتهمين فى الفئة ١٨ - ٢١ ، ٢٥ - وحتى سن ٣٠ - قد بلغ ١٥٠٨٢ متهماً بنسبة ٥٣٪ من إجمالى المتهمين البالغ عددهم ٢٧٣١٢ متهماً ، ويعكس ذلك تركز مشكلات الإدمان والاتجار فى المراحل العمرية المبكرة بالرغم من أهمية هذه المرحلة فى حياة المجتمعات .

١) أنظر : التقرير السنوى للإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ١٩٩٨ ، مرجع سبق ذكره .

ج - المتهمون الذين تم ضبطهم فى قضايا المخدرات وخصائصهم المهنية لعام ١٩٨٨ :

جدول رقم (٣٣)

الخصائص المهنية للمتهمين لعام ١٩٨٨ [١]

المهنة / السنة	عاطل	عامل ماهر	عامل غير ماهر	أطباء وصيادلة	طلبه	رجال أعمال	مهنة أخرى
١٩٨٨	١٧٣٤٩	٧٥٠٢	٧٤٦	٧	٨٢٠	٢	١٣٩٥
المجموع	٢٧٨٢١						

وتشير البيانات الواردة فى الجدول السابق إلى تنوع الخبرات المهنية للمتهمين فى قضايا المخدرات ما بين عمال مهرة وغير مهرة وطلبة مدارس ، وإن كانت الغالبية العظمى تتمثل فى المعطلين عن العمل لتتأكد بذلك الحقيقة التى تربط بين البطالة والانحراف فى مجال المخدرات وغير ذلك من المشكلات الاجتماعية .

ثانيا : الهدر الاجتماعى للقدرات البشرية والمادية بسبب الإدمان :

يتحمل المجتمع بشكل مباشر وغير مباشر الكثير من التبعات التى تترتب على مشكلة الإدمان ، وإذا حاولنا أن نحدد هذه التبعات فيمكن أن نذكر منها :

- تكلفة العلاج لمن حاول أن يقلع عن التعاطى ، تكلفة تعرض المدمن للحوادث والإصابات بسبب التعاطى ، تكلفة المشاكل الأمنية التى يتعرض لها المتعاطى ، التأثير على كفاءة العمل بسبب ضعف إنتاجية الفرد المتعاطى ، تكلفة الإنفاق اليومى على المخدر .

وأوضحت الدراسة الميدانية التى نحن بصددها الكثير من الحقائق حول جوانب الفاقد المختلفة والتى ترتبت على إدمان الشباب ممن أجريت عليهم الدراسة ، ويبدو ذلك جلياً إذا عرفنا أن تكلفة العلاج " البدنى " بالمستشفيات العادية لمدة عشرة أيام للمدمن هى ٤٠٠ جنيه مصرى ، إلا أن هذه الفترة تعتبر فترة محدودة وغير كافية لتجاوز المدمن لتلك المحنة

(١) أنظر : وزارة الداخلية ، التقرير السنوى للإدارة العامة لمكافحة المخدرات لعام ١٩٨٨ ، مرجع سبق ذكره .

، بالإضافة إلى أن نسبة كبيرة من الشباب الذين حاولوا الإقلاع عن المخدر قد تعثروا فى ذلك بسبب قصر مدة العلاج وافتقار المستشفيات إلى البرامج النفسية الملائمة لمواجهة الحالات التى تتردد عليها ، ولذلك نجد أن المدمن عندما يخرج من المستشفى يرتد إلى المخدر مرة ثانية لعدم وجود نظام لمتابعة المدمن المقلع عن التعاطى ، بالإضافة إلى صعوبة هذه الخطوة بالنسبة للمدمن الذى اعتاد على التعاطى واعتمد على المخدر وأفقد الجسم الكثير من قدراته البيولوجية المزود بها ، بالإضافة إلى السياق الاجتماعى الذى يعيش فيه المدمن والذى يضم مجموع الرفاق الذين أسهموا فى دخوله دائرة الإدمان ، حيث يظل لهم تأثير كبير على المدمن المقلع ويحاولون إعادته مرة ثانية إلى دائرة التعاطى ، وتشير بعض الدراسات التى تناولت هذا الموضوع إلى عدد مرات المحاولات التى يقدم عليها بعض المتعاطين للإقلاع عن المخدر ، والجدول التالى يوضح ذلك :

جدول رقم (٣٤)

عدد مرات محاولات الإقلاع عن التعاطى

عدد المرات	التكرارات	النسبة
مرة واحدة	٣٥	٧٦,١ ٪
مرتان	٤	٨,٧ ٪
ثلاث مرات	٢	٤,٣ ٪
أربع مرات فأكثر	٣	٦,٥ ٪
غير مدمن	٢	٤,٣ ٪
إجمالى	٤٦	١٠٠ ٪

وعلى الرغم من أن التكلفة التى تذكر فى هذا الشأن تبدو محدودة وبشكل خاص فى المستشفيات الحكومية ، إلا أن ذلك لا يعنى محدودية التكلفة ، إذ أن هذه المؤسسات تؤدى دورها من خلال ميزانية تتحملها الدولة ، وقد أظهرت إحصاءات وزارة الداخلية أن إجمالى عدد المدمنين الذين تقدموا للعلاج على نفقة الدولة خلال الفترة من ١ / ١ / ١٩٨١ إلى ٣١ / ١٢ / ١٩٩٨ قد بلغت ٣٣٢٧ حالة [١] .

(١) الشباب المصرى وظاهرة المخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٥٨ .

كما تشير نتائج الدراسة الميدانية التى نحن بصددها إلى تكرار مرات دخول المستشفى لحالات الشباب الذين شملتهم الدراسة والتى يوضحها الجدول التالى :

جدول رقم (٣٥)

عدد مرات دخول المستشفى للإقلاع عن المخدر[١]

عدد المرات	ك	النسبة
مرة واحدة	٣٠	٣٠ ٪
مرتان	٢٨	٢٨ ٪
ثلاث مرات	١٧	١٧ ٪
أربع مرات	١٤	١٤ ٪
أكثر من ذلك	١١	١١ ٪
إجمالى	١٠٠	١٠٠٪

فقد دخل المستشفى ٣٠٪ من أفراد العينة للعلاج مرة واحدة ، ٢٨٪ للعلاج مرتين ، ١٧٪ للعلاج ثلاث مرات ، ١٤٪ أربع مرات ، ١١٪ أكثر من ذلك وهو الأمر الذى يشير إلى صعوبة العلاج من إدمان المخدرات .

ويبلغ الفاقد المادى والإنسانى للطاقة مداه عندما يضاف إلى تكلفة المرات المتعددة لدخول المستشفى ، تكلفة التعاطى المادية للمدمن فى الإنفاق على المواد المخدرة والتى أوضحتها الدراسة الميدانية كما جاء بالجدول التالى :

(١) وزارة الداخلية ، التقرير السنوى للإدارة العامة للمخدرات ، لعام ١٩٩٨ ، مرجع سبق ذكره .

جدول رقم (٣٦)

تكلفة التعاطى أو المواد المخدرة يوميا لعينة الدراسة من الشباب[١] .

فئات الإنفاق	العدد	النسبة
أقل من ١٠ جنيهات	٤	٤٪
١٠ - ١٥	٧	٧٪
١٥ - ٢٠	١٢	١٢٪
٢٠ - ٢٥	١٠	١٠٪
٢٥ - ٣٠	١٢	١٢٪
٣٠ - ٣٥	٥	٥٪
٣٥ - ٤٠	١٥	١٥٪
٤٠ - ٤٥	٢٠	٢٠٪
٤٥ فأكثر	١٥	١٥٪

ويلاحظ تفاوت المبالغ المنفقة على المخدر بشكل يومى ما بين أقل من عشرة جنيهات بنسبة بلغت ٤٪ بينما نجد أن نسبة بلغت ١٥٪ تنفق أكثر من ٤٥ جنيها فى اليوم ، ونسبة أخرى بلغت ٢٠٪ تنفق أكثر من ٤٠ جنيها ، ثم تتفاوت المبالغ المنفقة بعد ذلك فى نسبتها ، وتشكل هذه المبالغ التى تنفق على المخدر من قبل أفراد العينة عبئاً مزدوجاً فى ضرره على دخل الشخص وصحته إذا كان يعمل ، وعلى الأسرة إذا كان الشخص معالاً فيها ، وكأنما المدمن بذلك يتحمل تكلفة إلحاق الضرر بنفسه من خلال ما يقدمه من مبالغ لشراء مقومات هذا الضرر ، وبعبارة أخرى فان المدمن يشترى شقاءه من دخله الذى يحصل عليه ، وتؤكد هذه الحقائق دراسة أجريت على المتعاطين واستخدمت فى منهجها المقابلات المتعمقة مع المدمنين جاء فيها قول أحد المدمنين " لو مفيش مخدر أحس أننى مجنون وأسال صاحبى على مخدر وإذا ما كانش معاه أعمل أى شيء علشان أدبر ثمن البانجو " وأما عن الأشياء التى يقوم بها من أجل توفير ثمن البانجو فبعضها قد يكون فى

(١) علا مصطفى وآخرون فى : المجتمعات المستهدفة للتعاطى ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٥٦ .

صورة مساعدة لأقرانه كتولى المدمن مهام الإعداد للسهرة ، أو تولى شراء المخدر للأصدقاء مقابل أن يشارك فى التعاطى بالمجان ، أو تكون هذه الأشياء تصرفات غير مشروعة كأن يلتقط بعض الأشياء الثمينة من البيت ويقوم ببيعها بثمن بخس تحت إلحاح الحاجة إلى المخدر ، ويذكر مدمن آخر " الواحد بيصرف كل دخله على المخدر وهذا على حساب أكله وشربه ولبسه ، وعلى حساب أسرته وحرمانها من احتياجاتها الأساسية " ويتحايل طالب مدمن على أسرته فيقول لأفرادها ، عايزين فلوس للدروس الخصوصية " وينفق ذلك فى الحصول على المخدر .

ثالثاً : الموقف من العمل والدراسة بالنسبة للمدمن :

تؤكد العديد من الدراسات على ما يحدثه الإدمان فى الفرد من متاعب صحية تفقده القدرة على الانتظام فى العمل وفى أنشطة الحياة اليومية ، كما أن اعتياد الأفراد للمخدر يصيب الجسم بالعجز إذا فقد تأثير المخدر ، ولذلك فغالباً ما يتكرر غياب المدمنين عن العمل ، أو التأخر عن الموعد المحدد للوصول إلى العمل ، بالإضافة إلى ما يصيب المدمن من خلل فى توازن الجسم الطبيعى ووظائفه بسبب الاعتماد على المخدر . وينعكس ذلك بدوره على موقفه من العمل ، وتكثر مشكلات المدمن وقد يؤدى ذلك إلى الفصل من العمل فى بعض الأحيان ، أو إلى الحرمان من فرص الترقى . ولا يختلف الأمر كثيراً بالنسبة للمتعاطين الذين ما زالوا فى مراحل الدراسة ، حيث يفقدهم المخدر القدرة على التركيز وتتكرر مرات رسوبهم ويتعرض الكثير منهم للفصل ، أو الفشل الدراسى .

وقد أكدت الدراسة الميدانية هذه الحقائق بالنسبة لعينة الدراسة عندما سئلوا عن تأثير المخدر على موقفهم من الدراسة .

والجدول التالى يوضح اجابات أفراد العينة عن المشكلة التى أحدثها المخدر بالنسبة لهم بشأن الدراسة :

جدول رقم (٣٧)

المشكلات التى ترتبت على الإدمان فى مجال الدراسة [١]

البيان	ك	النسبة
تكرار الرسوب	٧٧	٪٧٧
الفصل من الدراسة	١٢	٪١٢
إعادة القيد	١١	٪١١
المجموع	١٠٠	٪١٠٠

وتشير دراسة (مصطفى سويف) إلى الانحرافات السلوكية التى تترتب على تعاطى التلاميذ لأنواع من المواد المخدرة ، ومن هذه الانحرافات الغش فى الامتحانات ، والشجار مع الزملاء ، والطرد من قاعة الدرس ، والفصل من المدرسة لكثرة الغياب ، والشجار مع المدرسين ، والهروب من المدرسة ، والاعتداء بالضرب على بعض الزملاء ، والاعتداء على بعض المدرسين ، والسرقة من الزملاء ، هذا بالإضافة إلى بعض الانحرافات السلوكية فى مجال الحياة الأسرية ، ومنها الشجار مع أحد الوالدين ، أو أحد أفراد الأسرة من الأشقاء والهروب من البيت ، والسرقة من محيط الأسرة ، كما تشير الدراسة ذاتها إلى بعض الانحرافات السلوكية التى يرتكبها المتعاطى فى مجال الحياة العامة ويقع فيها الشباب ومنها السرقة من المحال التجارية ، والوقوع فى مشكلات مع أفراد المجتمع ومع الشرطة [٢] .

كما تؤكد دراسة أخرى على الآثار السلبية للتعاطى على الطلبة والتى استخدمت الوسائل المنهجية الكيفية . ومنها المقابلات المتعمقة مع المتعاطين ، وقد ورد فى الدراسة بعض الأقوال على لسان المتعاطين منها : " أن البانجو يخلينى انسى المعلومة بسرعة

---

(١) لمزيد من التفاصيل انظر : مصطفى سويف وآخرين فى : تعاطى المواد المؤثرة فى الأعضاء بين تلاميذ المدارس الثانوية العامة ، ودراسة ميدانية فى الواقع المصرى ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ، ١٩٩٩ ، ص ٢٧٥ .

(٢) لمزيد من التفاصيل انظر : محمد سلامة غبارى ، الإدمان وأسبابه ونتائجه وعلاجه ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٤٠ .

ومبيخليش عندى تركيز ، ودائما أعمل مشاكل مع المدرسة والمدرسين ، وزملائى ، ولو ما شربتش معرفش أتكلم لأنى تعودت عليه ودائما أعمل خناقات مع الطلبة والمدرسين لأتفه الأسباب " ويذكر آخر من نفس الدراسة " أنا دائما أغيب عن المدرسة لدرجة أننى فصلت عدة مرات بسبب الغياب " .

وفى هذا الصدد تؤكد دراسة أجراها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية عن الشباب المصرى وظاهرة الإدمان (١) على وقوع المدمن فى مشكلات متنوعة فى العمل منها خصم بعض الأيام من مرتبه خلال الشهر ، وإجراء التحقيق معه ، وتوقيع الجزاءات عليه بشكل مستمر والحرمان من الترقية وتشير إحدى الدراسات(٢) فى هذا الصدد أيضا إلى أقوال بعض المتعاطين التى تعكس الأضرار التى ترتبت على التعاطى وانعكاس ذلك على موقفهم من العمل : فيذكر أحد المتعاطين " أنا شغال بالإنتاج وكان معدل أدائى ١٠٠ قطعة فى اليوم ولكن بعد ما بقيت أتعاطى مخدر وصل إلى ٥٠ قطعة ، ثم انخفض إلى ٢٥ قطعة ، وفى أيام كتير أغيب عن العمل ، وفى أيام أروح الشغل لكن مقدرش اشتغل ، وفى الشغل بدأوا يقولوا على أنى لعبى ومش بتاع شغل " .

وفى دراسة أخرى اهتمت بالأضرار المترتبة على تعاطى المواد المخدرة على العمال(٣)، أشارت إلى أن هذه الإضرار تتمثل فى الآثار السلبية على صحة المتعاطى الجسمية والعقلية ، كما توضح الدراسة أن هناك آثاراً سلبية عامة لكافة أنواع المخدرات على المتعاطى حتى ولو لم تظهر فى الأجل القصير فهى حتمية الحدوث فى الأجل الطويل، حيث تؤثر على مهارات وحواس المتعاطى مثل التأثير على الزمن اللازم لرد الفعل والرؤية والمزاج والعاطفة والقدرة على التعليم والتذكر والأداء الفكرى بوجه عام ، وكل ذلك يرتبط ارتباطاً مباشراً بقدرات الفرد على إنجاز عمله ، وبالتالى على أداء العمال فى أماكن

(١) انظر فى هذا الصدد : الشباب المصرى وظاهرة المخدرات ، دراسة مبدئية لعينة من شباب الأندية ، مراكز الشباب بمدينة القاهرة ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ، ٢٠٠٢ ، ص ١٦٢ .

(٢) انظر : محمد سلامة قبارى ، الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه ، ودراسة مبدئية ، الإسكندرية المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩١ ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٤ .

(٣) التعاطى والإدمان بين العمال ، دراسة ميدانية ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ٢٠٠٠ ، ص ص ٩٠-٩١ .

عملهم ، يضاف إلى ما سبق الأضرار الصحية التى تتمثل فى الإصابة ببعض الأمراض العضوية مثل تلف الكبد واختلال عمليات التمثيل الغذائى والتأثير السلبى على الحالة التغذوية ، والإصابة بفيروسات نقص المناعة ، وينعكس هذا الاختلال الفكرى والعضوى فى عدد من المظاهر السلبية على العمل وبيئته ، حيث يكون المتعاطى ومدمنو الكحوليات والمواد المخدرة أقل إنتاجية وأكثر ميلا للسرقة ، وأكثر تسببا فى الحوادث داخل العمل عن العمال غير المتعاطين .

كما يزداد عدد مرات غياب العمال المتعاطين بضعفين أو ثلاثة أضعاف عن العمال غير المتعاطين .

وتتفق العديد من الدراسات فى أن المتعاطين تكثر مشاكلهم فى صور متباينة منها الغياب عن العمل ، وزيادة الميل لإصابات وحوادث العمل مع زيادة خروجهم على نظام العمل .

وفى دراسة مهمة توصلت إليها إحدى الدراسات التى قام بها بارى Barry والتى ترى أن معدل حدوث مشكلات فى العمل مثل الغياب والحوادث ينطبق على المدمنين السابقين والحاليين على حد سواء ، وأن السلوك الاقتصادى الماضى الحالى يختلف للمتعاطين عن غير المتعاطين ، كما أوضحت دراسة الباحثين أن معدل الغياب السنوى كان أعلى للمتعاطين ، ويؤدى ذلك إلى مشكلات طويلة المدى فى علاقة المتعاطى بالعمل تسبب خسائر فى الإنتاجية ، ويشير الباحثون فى دراستهم أن التعاطى يسبب فى انخفاض إنتاجية العامل المتعاطى بنحو ٣٣٪ ، وفى تقرير آخر يصل الانخفاض إلى النصف [١] .

المتعاطون والمجتمع :

إذا كنا قد تناولنا بالتحليل فى الجزء السابق بعض جوانب الفاقد فى العمل والدراسة والإنفاق على الخدر ، والعلاج بالمستشفى وكيف تكلف هذه الجوانب فى مجملها عبئاً على المتعاطى والمجتمع بأشكال مباشرة أو غير مباشرة فإن هناك جوانب

(١) انظر : التعاطى والإدمان بين العمال ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩٢ .

أخرى ذات تأثير لا تقل خطورته عن الجوانب الأخرى بل تفوقها شدة وخطورة ومنها موقف المتعاطى من المجتمع والمشكلات التى يواجهها من جراء الحالة التى انتهى إليها المدمن وعلاقته بأفراد أسرته ، وصورة المتعاطى فى عيون الآخرين .

ولا يخفى علينا أن ظاهرة التعاطى والإدمان تعد من أخطر المشكلات التى تهدد الفرد والمجتمع ، وتعد أحد أشكال الانحراف ، ويعتقد بعض الشباب من المدمنين أن المجتمع مسئول عما يعانون من مشاكل أو التعاطى حيث تشير إحدى الدراسات فى هذا الصدد إلى أقوال المتعاطين حيث يقول أحدهم " المجتمع مسئول عن مشاكل الشباب لأن الشباب بيطلع ما يلاقيش شقه يتزوج فيها ولا شغل يشتغله ، فلازم يطلع مدمن وحرامى وصايع ومجرم، وتعكس هذه الأقوال موقف بعض المدمنين من الواقع الذى يعيشون فيه ، ومشاعر العدوان التى تشكل علاقة المدمن بهذا الواقع الذى أحبطه وبدد أحلامه ، وفى ظل هذا الإحساس تتشكل علاقة المدمن بالواقع الذى يعيش فيه .

وتشير الدراسة التى نحن بصددها إلا أن أفراد المجتمع يبادلون المدمن بعض مشاعره ، فإذا كان المدمن من خلال انزلاقه فى هاوية الانحراف يحمل المجتمع جزءاً من تبعات هذا الانحراف ، فإن المجتمع بدوره ينظر إلى المدمن نظرة اللوم والاحتقار لخروج المتعاطى خارج إطار القيم وانحرافه وتدميره لنفسه وانفصاله نفسياً عن أسرته ، وتؤكد نتائج الدراسة التى نحن بصددها فى جانبها الميدانى هذه الحقائق من حيث تباين نظرة أفراد المجتمع للمتعاطين باعتبارهم مرضى يحتاجون إلى العلاج ، أو بين نظرة الاحتقار ، والجدول التالى يوضح رأى أفراد المجتمع من منظور أفراد العينة التى أجريت عليها الدراسة .

جدول رقم (٣٨)

رأى أفراد العينة فى نظرة المجتمع إلى المدمن

البيان	التكرارات	النسبة
نظرة احتقار	٥٩	٥٩ ٪
مريض ويحتاج علاج	٢٣	٢٣ ٪
شخص عادى	١٨	١٨ ٪
المجموع	١٠٠	١٠٠ ٪

وتتسق نتائج الدراسة المبدئية التى نحن بصددها مع نتائج دراسة أخرى استطلعت رأى المتعاطين حول نظرة أفراد المجتمع نحوهم ، وقد أفصحت عن نتائج قريبة إلى حد ما من دراستنا ، حيث أفادت نسبة من المدمنين بلغت ٦٤,٢٪ أن أفراد المجتمع ينظرون إليهم نظرة احتقار ، ونسبة بلغت ١٨,٨٪ ترى أن أفراد المجتمع ينظرون إليهم نظرة شفقة وعطف ، ونسبة بلغت ٥,٩ ٪ ترى أن أفراد المجتمع اعتبروا أن هذه المحنة هى شىء عادى ، ونسبة بلغت ١٣,٧ ٪ تنظر إليهم على أنهم مرضى ويحتاجون إلى العلاج (١) .

وفى هذا الصدد ينبغى الإشارة إلى أهمية تغيير نظرة المجتمع إلى المدمن ومعاملته باعتباره شخصاً مريضاً يحتاج إلى علاج ، وأهمية متابعته بعد العلاج حتى لا يعاود الرجوع مرة أخرى إلى التعاطى بعد الشفاء ، وكذلك أهمية إدماجه مرة أخرى فى المجتمع ، ويتحقق ذلك من خلال توعية الأفراد المحيطين به بكيفية التعامل مع المدمن وكيفية التصرف حياله ، باعتبار الإدمان قضية اجتماعية تتشابك أطرافها وتتطلب تحقيق درجات من الاستقرار الاجتماعى للأسرة حتى ينعكس ذلك بدوره على الأفراد ، ومواجهة العوامل المباشرة وغير المباشرة التى تؤدى إلى انتشار هذه الظاهرة ، كالتفكك الأسرى وضعف الوازع الدينى ، وتزايد حدة البطالة بين الشباب المتعلم ، والأزمات الاقتصادية وانخفاض مستوى الوعى بأضرار هذه المشكلة .

المتعاطون والأسرة :

لا يخفى علينا ما تسهم به الأسرة كبناء اجتماعى ونفسى فى تشكيل شخصية الفرد ، ولا نستطيع فى هذا السياق أن نفصل بين ما هو نفسى وما هو اجتماعى إلا أن استعراض وتحليل تاريخ الحياة الأسرية لكثير من حالات التعاطى والإدمان يكشف عن أحداث وخبرات وظروف تنشئة أصابت بناء الشخصية لديهم ، ومن هذه الخبرات ، العقاب البدنى القاسى ، والخبرات الطفلية غير السعيدة ، والرفض الوالدى ، والتدليل الزائد أو الحرمان المبالغ فيه ، كما اتسمت العلاقات الأسرية فى أغلب الأحيان بشكل من أشكال

(١) الشباب المصرى وظاهرة المخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٠٥ .

التفكك بسبب فقد أحد الأبوين فى مراحل مبكرة مما نجم عنه الشعور بعدم الحماية ، أو أمهات انفصلن عن الآباء . ولا يعنى ذلك أن كل حالات الشباب المدمن والمتعاطى تعيش هذه الظروف الأسرية ، فهناك الكثير من الحالات التى تعيش فى سياق أسرى مستقر ، ويقودنا ذلك إلى المؤثرات المتباينة التى تتجاوز حدود الأسرة وتسهم بشكل أو بآخر فى انحراف الشاب ومنها الزخم الإعلامى الهائل ، والتطلعات التى تشكلها ثقافة الاستهلاك والفجوة ما بين الدخول وهذه التطلعات ، وأشكال الحرمان المختلفة حيث حاصرت هذه المؤثرات الأسرة وافقدتها القدرة على التأثير على أبنائها ، كما لم تعد الأسرة المصدر الأساسى لتشكيل القيم بل انتزعت من هذه المؤثرات تلك الوظيفة المهمة وأصبح انتماء الشباب يميل لجماعات الرفاق والأصدقاء ، وانشغل الآباء فى السعى المستمر لتحقيق بعض جوانب الطموح المادى ، وقدموا لأبنائهم مقومات انحرافهم من خلال الإغداق عليهم دون وعى منهم .

ولا ينبغى أن يفهم من ذلك أننا نحمل الأسرة بمفردها مسئولية انزلاق الأبناء فى مغبة الإدمان ، ولكن نود أن نشير إلى أهمية دور الأسرة بدءاً من الإعداد المبكر والتوجيه المستمر وتحقيق التواصل مع الواقع وتحصين أبنائها ضد مواطن الانحراف .

وجدير بالذكر أن معظم حالات الدراسة التى نحن بصددها قادها الرفاق والأقران إلى منعطف الإدمان ، وتكاد تتفق فى ذلك العديد من الدراسات التى اهتمت بالموضوع ، ففى دراسة " تعاطى المواد المؤثرة على الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية " (١) أفصحت أن نسبة ٥٠ ٪ من المتعاطين قدم لهم الأصدقاء أول جرعة للمخدر وتعرفت هذه النسبة على المخدر لأول مرة من أصدقائهم ، ونسبة أخرى بلغت ١٩ ٪ من المتعاطين كان للزملاء دورهم فى تقديم المخدر لهم لأول مرة ، وتتفق هذه النتائج إلى حد كبير مع نتائج الدراسة الميدانية لدراستنا والتى يوضحها الجدول التالى :

(١) مصطفى سويف وأخرون : تعاطى المواد المؤثرة للأعصاب بين تلاميذ المدارس الفنية ، المركز القومى للبحوث ، ٢٠٠٢ ، ص ٨٢ .

جدول رقم (٣٩)

الظروف التى تدفع الشباب إلى تعاطى المخدرات أو ملابسات التعاطى

البيان	العدد	النسبة
الأصدقاء والرفاق	٣٧	٣٧٪
حب الاستطلاع	٢٢	٢٢٪
الشعور بالفراغ	١٤	١٤٪
مشكلات أسرية	٢١	٢١٪
الهروب من الواقع	٦	٦٪
المجموع	١٠٠	١٠٠٪

حيث أكدت نسبة بلغت ٣٧٪ من أفراد عينة الدراسة أن الأصدقاء كان لهم دور بالغ التأثير على المتعاطين ، وتهيئة الظروف لهم لتجربة بعض الأنواع من المخدرات ، بالإضافة إلى نسبة بلغت ٢٢٪ أوضحت أن بداية التعاطى وملابساته كان دافعه حب الاستطلاع ، كما أضافت نسبة بلغت ٢١٪ من أفراد العينة أن الظروف الأسرية وما بها من مشكلات هى التى دفعته إلى الإدمان ، وكأنما قد سلكت هذه النسبة هذا المسلك هروباً من مشاكلها الأسرية . وتكاد تقترب نتائج دراستنا مع نتائج دراسة أجراها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية أوضحت فى تفسيرها لعوامل الإدمان وملابساته أن نسبة بلغت ٣٤,٥٪ من أفراد العينة كان تعاطيهم بسبب الأصدقاء . وفى هذا الصدد ينبغى الإشارة إلى الآثار التى تترتب على إدمان أحد الأبناء وتأثير ذلك على الأسرة واستقرارها وما يصيبها من قلق وبشكل خاص عندما تفاجأ بالمشكلة ، وبالأعراض التى تظهر عليه . ويزداد حجم المشكلة إذا كان المتعاطى متزوجاً ومسئولاً عن أسرة تضم زوجة وأبناء ، حيث ينصرف عن رعايتهم ويستغرق فى مشكلته ، ويصبح صورة مهتزة أمام أسرته ، ويصعب عليه الإنفاق على متطلبات المخدر وحاجات أسرته فى آن واحد ، وما تلبث الأسرة أن تنهار .

والجدول التالى يوضح العلاقة بين بدايات سن التعاطى مع نوعية الصحبة المفضلة للتعاطى :

جدول رقم (٤٠)

التوزيع التكرارى المزدوج لمفردات العينة

وفقاً للسن عند بداية التعاطى مع نوعية الصحبة المفضلة للتعاطى

السن عند بداية التعاطى / السن عند بداية	أقل من ١٥ سنه	١٥ - ٢٠	٢٠ - ٢٥	٢٥ - ٣٠	٣٠ سنه فأكثر	الإجمالى
التدخين	٢	١٣	١١	٣	٣	٣٢
بمفرده	٧	٣٦	١١	٣	٤	٦١
أحد الأصدقاء	١	٢				٣
أحد الأقارب		٢	٢			٤
زملاء العمل	١٠	٥٣	٢٤	٦	٧	١٠٠
الإجمالى						

وقد بلغ معامل الارتباط الخطى بين المتغيرين ٩٠٪ ، أى وجود علاقة موجبة قوية بين المتغيرين فالرفقة السيئة هى المسئول الأول عن إدمان الشباب . ويتضح ذلك جلياً من الجدول السابق حيث بدأ ٦١٪ من أفراد العينة خطوته الأولى فى عالم التعاطى برفقة صديق معين ، بينما خطا ٣٢٪ من أفراد العينة أولى خطواته مع الإدمان بمفرده ، ويعانى أفراد هذه العينة بعض المشكلات النفسية والإحباطات التى تجعله يفضل البقاء وحيداً مستوعباً تماماً أنه يقوم بعمل مشين يسئ به إلى نفسه أولاً قبل أن يسئ إلى المحيطين به .

وإذا كان ٦٨٪ من أفراد العينة فضلوا تعاطى الجرعة الأولى من المخدرات مع شخص آخر فإن هذا يؤكد مدى ما للأصدقاء من أثر على الشخص حين يبدأ أولى خطوات الانحراف .

وقد أفصح بعض هؤلاء الشباب عن أن عضوية الفرد فى الجماعة تسهل عليه خوض تجربة التعاطى ، وأكد بعضهم الآخر على أن عملية تعاطى المخدرات نفسها هى مفتاح الدخول إلى الشلة ، واحتضان الآخرين له . أضف إلى ذلك أن قدامى المتعاطين يشجعون وبشدة المستجدين منهم ويدفعونهم دفعاً للانضمام إلى الشلة .

وحين يصبح عضواً فى هذه الجماعة فإنه يشير بالتالى :

- أن الجميع مدمن ولا أحد يعاير الآخر بإدمانه .
- أن الجميع يشعر أن هذا السلوك يؤهله لعالم الرجولة ولا عيب فى ذلك .
- أن تبادل المعلومات حول المخدرات وفاعليتها والجديد منها أمر مهم للجميع .
- أن سلوك التعاطى مطلوب دائماً فى مجموعات الشباب .

وإذا كان هذا رأى الشباب فإن هذا يؤكد غياب جميع أجهزة التربية والتوعية فى آن واحد .

الفصل الثالث

نحو استراتيجية مقترحة لمواجهة مشكلة المخدرات





أولاً : مشكلة التعاطى والحلقات المتشابكة فى حدوثها :

تشير المقاربات النظرية التى حاولت تفسير هذه الظاهرة إلى أنها مرض اجتماعى يصيب بعض الفئات الاجتماعية الهشة المهيأة للإصابة ، ومن ثم ينبغى أن تكون المواجهة فى إطار هذا التوجه ، وتشير بعض المقاربات الأخرى من هذه التوجهات الفكرية والنظرية إلى اعتبارا التعاطى سلوكاً لا أخلاقياً أو انحرافياً يرتكبه الشخص المتعاطى فى حق مجتمعه ، كما يشير الرافد الثالث من هذه التوجهات الفكرية والنظرية إلى أن سلوك المتعاطى هو محصلة لاختلال فى العلاقة بين الفرد والمجتمع . وأيا كان الأمر فكما سبق أن أوضحنا فى الفصول السابقة فان التعاطى له آثاره الضارة على الفرد والمجتمع ، وبالإضافة إلى أنه يحطم قوى الفرد وطاقاته الطبيعية ، فانه يصيب الأسرة بالانهيار والمجتمع بالتفكك ، فالشباب هم الشريحة الأساسية فى مجتمعنا ، كما أنهم يتعرضون لكم هائل من التوترات الناتجة عن عدم إشباع حاجاتهم الأساسية ، وهو ما يؤثر على فعاليتهم وانتمائهم وتصبح المشكلة فى إطار هذا الاتساع بمثابة ثقوب فى وعاء الطاقة المجتمعية وفقد للإمكانيات التى كان من الممكن أن توجه إلى جهود بناءة يحتاج المجتمع إليها ، وبدلاً من ذلك فإذا بهذه الطاقة المجتمعية تتحول إلى مسارات مكلفة كالعلاج من الإدمان والجهود الأمنية لمكافحة المشكلة وللحد من انتشارها ، بالإضافة إلى القلق الذى يصيب الأسر من جراء إدمان أحد أفرادها .

وإذا كنا فى هذا الفصل نسعى إلى صياغة إطار تصورى استراتيجى لمواجهة المشكلة ، فإن الأمر يتطلب رؤية شاملة تتعامل مع روافد المشكلة بأبعادها المختلفة ، فمشكلة التعاطى من المشكلات التى تتداخل حلقاتها على النحو التالى :

الحلقة الأولى : توافر المخدر من خلال الجلب والتهريب والزراعة وتصنيع العقاقير

والتجارة . فقد يكون مصدر هذه المواد من خارج الحدود حيث تخصصت عصابات بالغة التنظيم وشبكات عالمية ومحلية فى لعب هذا الدور ، كما تخصصت مناطق فى العالم فى تخليق أنواع من هذه المواد مستخدمين فى ذلك وسائل العلم والتكنولوجيا ، كما تساعد بعض المناطق الجغرافية المعزولة والوعرة كما هو الحال فى شبه جزيرة سيناء وبعض مناطق الصحراء وجنوب الوادى على الزراعة غير المشروعة للنباتات المخدرة وتضم هذه الحلقة فى نشاطها عملية الترويج والاتجار بما تشمله من أساليب متنوعة كخلق الطلب على المخدرات وتزييف وعى الشباب وغيره من الفئات العمرية بالترويج للفوائد الزائفة والتأثير الوهمى الذى يمكن أن يحدثه المخدر.

الحلقة الثانية : وتتمثل فى العوامل الاجتماعية والاقتصادية التى يفرزها السياق المجتمعى ، والتى يهيئ بدورها لحدوث المشكلة ، حيث تؤكد العديد من الدراسات على ارتباط التعاطى بايكولوجيا معينة تتمثل فى مناطق العزلة الجغرافية والعشوائيات ، وببعض الفئات الهشة بالمجتمع والتى تفتقد الاستقرار الاجتماعى ، والتى بدد الواقع أحلامها وحاصرها بالمشكلات ، وطوق أعناقها الفقر وأحبطتها البطالة ، ولا نقصد بذلك انحراف كل من يقع فى هذه الدائرة ، ولكن ما نقصده هو أن هذه المشكلات تهيئ الظروف لحدوث المشكلة أكثر مما لو كان المجتمع فيه هذه المشكلات بصورة أقل ، فقد ضمت ساحة الإدمان فئات اجتماعية من الشباب والفئات العمرية المبكرة تعيش ظروفاً أسرية مستقرة وفقاً للمؤشرات الدارجة ، ويدعونا ذلك إلى مراجعة الكثير من المسميات التى توافرت لدينا حول عوامل الإدمان ، ففى ظل المؤثرات الاجتماعية المحلية والعالمية فقدت الأسرة المصرية دورها فى التأثير على أبنائها ، وتقاسم دورها فى التأثير مؤسسات الإعلام ، وجماعة الرفقاء والأصدقاء ، وغير ذلك من وسائل الاتصال ، ولا نبالغ إذا قلنا أن أفراد الأسرة يعيشون حالة من الاغتراب فيما بينهم حيث تعددت عوالمهم فى إطار فيزيقى محدود النطاق وهو مكان الإقامة ، و أصبح لكل منهم عالم خاص يجهله الآخر ، وخصوصيته التى هيأت لحدوث هذه العزلة ، والتى تسلل فيها رفاق السوء وبشكل خاص بالنسبة للأبناء فى ظل انشغال الآباء واستغراقهم فى تحقيق الطموحات الاقتصادية

والتطلعات ، أو فى ظل السعى لتحقيق الحاجات الأساسية التى فرضها الواقع الجديد بتداعياته .

الحلقة الثالثة : وتتمثل فى القانون ونصوصه ومحاولات احتوائه لأطراف المشكلة ، وجهود اللحاق بأساليب وحيل القائمين على هذا النشاط ، ونظرته إلى المدمن والمتعاطى ، والتاجر والمروج ، وهذه العلاقة تحتاج إلى مراجعة دائمة وتطوير مستمر يتسق مع التطور الهائل فى أساليب المنحرفين وموقف المدمنين .

وهكذا فان الأمر يتطلب رؤية هذه المشكلة فى سياق الحلقات التى تكونها وفى إطار كل حلقة تكون التدابير اللازمة والجهود المطلوبة ، والتى لا ينبغى أن تتم فى معزل عن الحلقات الأخرى حتى لا تفقد هذه الجهود فعاليتها . وقبل البدء فى وضع تصوراتنا لمواجهة المشكلة فهناك عدة اعتبارات ينبغى الإشارة إليها منها :

١ - ضرورة الوعى المجتمعى بخطورة المشكلة وحجمها وآثارها السلبية على الفرد والأسرة والمجتمع ، إذ أن هذا الوعى من شأنه أن يهيئ المجتمع لتحمل مشقة المواجهة .

٢ - ضرورة أن يترجم هذا الوعى فى توجهات إيجابية من قبل المؤسسات المختلفة التعليمية والتربوية والصحية والدينية ، ومؤسسات المجتمع المدنى ، والأسرة يجب تمكينها من القيام بدور فاعل فى مواجهة المشكلة .

٣ - لابد من تعبئة الجهود المجتمعية وتنسيق الأدوار بين الهيئات وبين مراكز اتخاذ القرار المعنية بالمشكلة .

٤ - السعى العلمى الموجه للتعامل مع أطراف المشكلة أو حلقاتها وكشف النقاب عن جوانب الزيف التى يروج لها التجار ، ورفاق السوء من أن المخدرات لها فوائد متعددة .

٥ - صياغة برامج متكاملة لأساليب الاتصال الجماهيرى بما فى ذلك وسائل الاعلام والترفيه والتثقيف ومؤسسات شغل أوقات الفراغ .

ثانياً : أساليب المواجهة والتصورات المقترحة لجوانب المشكلة :

الحلقة الأولى : توافر المخدر من خلال الجلب والتهريب والزراعة وتصنيع العقاقير والتجارة : تتطلب هذه الحلقة احكام غلق المنافذ والحدود التى تتسلل منها هذه المواد المخدرة ، كما تحتاج إلى تشديد الرقابة الأمنية بشكل يضمن حصارها ، وتدخل هذه الجهود فى مجملها ضمن عمليات محاصرة المعروض من هذه المواد أو المتاح منها ، إذ أن التصور الشائع أنه إذ قل المعروض من المواد المخدرة فسوف يتبعه بشكل تلقائى انحسار فى جانب الطلب ، ولذلك تركزت أساليب المواجهة فى هذا الصدد فى حصار المعروض من المخدرات ، ومواجهة الظاهرة أمنياً وتشريعياً من خلال جهود الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، وقوات حرس الحدود ، والجمارك بالإضافة إلى جهود وزارة العدل ، بيد أن هذا المدخل قد خضع للمناقشة والمراجعة فى السنوات الأخيرة ، وظهر فى مقابل ذلك ما يعرف بمفهوم محاصرة الطلب أو بذل المزيد من الجهود لمحاصرة الطلب ، وكان لهذا المفهوم مردوده الإيجابى فى كثير من المجتمعات التى تعانى من تلك المشكلة على الرغم من صعوبة محاصرة الطلب على المواد المخدرة لأن ذلك يتطلب من الجهود ما هو غير أمنى كالدخول إلى أبعاد المشكلة فى جوانبها الاجتماعية ، بالإضافة إلى الحاجة إلى توفير القدر الملائم من البيانات والمعلومات حول حجم الظاهرة ، والفئات الاجتماعية التى انزلقت فى مغبة هذا الوباء ، والعوامل المؤدية إلى ذلك ، والنظر إلى المتعاطى باعتباره مريضاً يحتاج إلى الرعاية والعلاج ، وتشكل هذه الجوانب صعوبات بالغة التعقيد ، إذ أن هذا النشاط سواء فى مجال التهريب أو الاتجار أو التعاطى يتم خلف الجدران المغلقة ، ومن ثم فهو نشاط يولد فى الظلام وينمو فيه ولا يظهر منه إلى النور إلا الجانب الذى يتم الكشف عنه ، وبشكل عام تصبح مواجهة الطلب ، وحصاره على جانب كبير من الأهمية للاعتبارات التالية :

- أن التركيز على جهود خفض المعروض من المواد المخدرة على الرغم من جدواها أحيانا إلا أنها بحاجة إلى المساندة من خلال خفض الطلب .

- أن مواجهة الطلب على المواد المخدرة سوف يواجه انخفاضا فى العرض لأن التاجر والمنتج والمروج لهذا الوباء لن يتحمل مخاطر الاتجار فى سلعة راكدة.

- أن المتأمل لهذا الموقف بالمجتمع المصرى ولحصاد تجارب الواقع يلاحظ أن حصار المعروض من المواد المخدرة أمنياً قد أدى إلى زيادة سعر بعض المواد فى السوق ، ومن ثم كان البحث عن بدائل أخرى أيسر فى الحصول عليها ، وأقل سعراً ، واتسع انتشار البانجو كمحصلة لذلك بصورة لم نعهدها من قبل فى أى مخدر .

- يتميز تجار المخدرات بالحيطة والدهاء بشكل يجعلهم دائمى السعى نحو تغيير أشكال وأنماط الطلب على المخدرات ، لتظل لهم السيطرة على المجال ، ومن ثم يحرصون دائما على استحداث وسائل وأساليب للترويج ، وكذلك بدائل مخدرة [١] .

ولا نعنى بذلك إغفال البعد الأساسى فى هذه الحلقة وهو الجلب والترويج والتجارة ، والزراعة ، ولكن المقصود من هذه المناقشة هو أن تسير هذه الحلقة متزامنة ومترابطة مع الحلقات التالية ، فى حصار هذه المشكلة ، فنحن نعرف أن احكام الحصار الأمنى على منافذ دخول هذه المواد يقلل من تواجدها وبالتالى يقلل من فرص التعاطى بسبب صعوبة الحصول عليها وندرة وجودها . وفى هذا الصدد يتطلب هذا البعد الإعداد الجيد والتدريب المستمر لرجال مكافحة المخدرات والوقوف على الأساليب المتجددة والحيل التى يستخدمونها فى عمليات التهريب ، بتوفير وسائل التحرك السريع لمواجهة عمليات التهريب ، والاهتمام بحوافز العمل المادية والمعنوية .

أما بشأن مناطق زراعة البانجو فى سيناء فالأمر يحتاج من قبل الدولة إلى المزيد من الاهتمام بهذه المنطقة التى مرت بظروف تاريخية عمقت عزلتها عن المجتمع المصرى ، وحولت فيها انتماء الأفراد إلى ذاتهم أو إلى خارج مصر ، فالظروف الإيكولوجية ووعورة تضاريسها ، وعزلتها ، أتاحت فرصة التفكير فى هذه الزراعات ، وبالرغم من جهود الإبادة التى تقوم بها إدارة مكافحة المخدرات ، والمشقة البالغة التى يتحملونها بسبب وعورة المكان ومخاطره ، إلا أن هذه الجهود لا تقضى على كل الزراعات ، إذ يتبقى منها ما يتم إعداده للاستخدام .

---

(١) الاستراتيجية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات الصادرة عن رئاسة مجلس الوزراء ، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان ، والمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، القاهرة ٢٠٠٠ ، ص ٥٤ .

ويشترك فى الأهمية الكشف عن المساحات الأخرى المزروعة بالنباتات المخدرة وبشكل خاص فى بعض مناطق الصحراء ، والمناطق الحدودية وبعض محافظات الجنوب والوجه البحرى ، ويتطلب ذلك تعاون جهات متعددة منها وزارة الداخلية والدفاع ، والإدارة المحلية والزراعة للكشف عن هذه الزراعات وإحكام الرقابة على هذه المناطق حتى يمكن حصار هذا الوافد الجديد فى تغذية أسواق المخدرات .

والسبيل إلى مواجهة مشكلة الزراعات فى هذه المناطق المتفرقة هو كسر حاجز العزلة فى سيناء بشكل خاص ، وربطها بالمجتمع الكبير فى مصر بالإضافة إلى ضرورة بلورة خطة شاملة للتنمية الاجتماعية يشارك فيها أفراد المجتمع سواء فى سيناء أو فى مناطق الزراعة الأخرى ، بالإضافة إلى أهمية خلق وعى تنموى يستهدف مصالح المجتمع لا مصالح الأفراد .

ويبقى بعد ذلك المصدر الأخير والخاص بالعقاقير والمنشطات والتى يتم الحصول عليها بكميات كبيرة من مصادرها أو من الصيدليات أو من خلال تخليقها معملياً ، وهذا ما أوضحته إحدى الدراسات [١] والتى تشير إلى تحضير الماكستون فورت محلياً عن طريق خلط الإيفدرين مع الكحول الأبيض ، ومياه معدنية ، وتركه لعدة أيام ثم يصبح بعد ذلك معداً للاستخدام عن طريق إعطاء الجرعة بطريق الحقن المباشر . ويتطلب الأمر هنا أيضا إحكام الرقابة على مصادر توزيع هذه المواد ، ومتابعة حركة البيع بالصيدليات وتشديد العقوبة على توزيع المواد المخدرة بدون تصريح طبى ، بالإضافة إلى توعية العاملين بالصيدليات بخطورة توزيع هذه العقاقير ، وما تحدثه من مشكلة كالاعتياد والإدمان .

مواجهة المشكلة على المستوى القومى :

وتتطلب هذه المواجهة بناء جسور من التعاون والفهم المشترك بين الوزارات المختلفة ، وقناعة بخطورة المشكلة ، وبالتالى تخصيص جزء من جهودها لمواجهتها فى إطار اختصاص كل وزارة ، وفى إطار من التكامل بين هذه الجهود ويلقى ذلك بدوره تبعة على

---

(١) تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة للتعاطى ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٦٥ .

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان والذى ستكون مهمته التنسيق بين هذه الجهود فى إطار مشترك للمواجهة ودون تعارض فيما بينها من خلال برنامج للعمل يتم اقتراحه ويتحدد من خلاله مسئولية كل وزارة فى تنفيذ هذا البرنامج ، فالمجلس القومى يضم خبرات متنوعة وتخصصات مختلفة ، وكذلك مسئولين من كل وزارة وهؤلاء المسئولون يمثلون حلقة الاتصال بين المجلس والوزارات وكذلك يسهمون بشكل فعال فى وضع الخطط المرحلية التى ستشارك فى تنفيذها الوزارات ، وإمكانية متابعتها من خلال المجلس القومى.

ويمكن تصور الأدوار التى يمكن أن تضطلع بها كل وزارة فى الجهود التالية :

١ - وزارة الداخلية :

يأتى فى مقدمة مهامها المكافحة الأمنية للظاهرة ، ويتطلب ذلك إحكام غلق المنافذ التى يتدفق منها المخدر ، وكذلك مقاومة الزراعات ومحاصرتها قبل أن يتم طرحها فى الأسواق ، وتحتاج هذه الجهود إلى تدريب العاملين فى أجهزة مكافحة التهريب على السبل والوسائل التى يلجأ إليها الأفراد ، وكذلك يحتاجون إلى تطوير أساليب العمل والأدوات المستخدمة فى ذلك والمعدات التى تمكنهم من ملاحقة تطور هذه المشكلة على أرض الواقع . وعلى الجانب الآخر يتطلب الأمر ضرورة مشاركة المسئولين فى وزارة الداخلية وبشكل خاص العاملون فى إدارة المكافحة فى تطوير التشريعات ومناقشتها لسد الثغرات التى تواجههم ، ويمكن أن تسير جهود وزارة الداخلية فى مجال مواجهة المشكلة فى اتجاهين :

– الأول : يتضمن التركيز على رفع كفاءة العاملين فى المجال وتوعيتهم وتدريبهم على أساليب التهريب التى يتبعها التجار وكيفية إحكام الإجراءات التى تتبع عند القبض على هؤلاء المنحرفين ، حيث لوحظ أن معظم حالات التهريب أو الاتجار تفلت من العقاب بسبب ثغرات فى الإجراءات القانونية .

– تزويد العاملين فى إدارات المكافحة بالإمكانيات المادية والفنية بشكل يمكنهم من

أداء مهمتهم ومطاردة المنحرفين ومقاومة الزراعات فى الأماكن الوعرة .

أما الاتجاه الثانى : فيتطلب عقد ندوات ولقاءات جماهيرية للتوعية والتعريف بمخاطر التعاطى والإدمان ، وخاصة أن قانون مكافحة المخدرات يعفى المدمن من العقاب إذا تقدم من تلقاء نفسه طالباً العلاج أو إذا تقدم ذووه بطلب علاجه ، وهو ما يعنى تحقيق الوقاية ومراحلها المتتابعة .

بالإضافة إلى ذلك ، يمكن تنظيم لقاءات وإقامة حوار مفتوح مع المتعاطين والمدمنين المودعين بالسجون ومؤسسات رعاية الأحداث والمعسكرات التابعة لوزارة الداخلية لمواجهة هذه المشكلة فى صورها المختلفة ولوقاية النزلاء غير المتعاطين عن طريق توضيح الجوانب السلبية للتعاطى فضلاً عن وقاية المتعاطى من التحول إلى مدمن ، ومحاولة إخراج المدمن من دائرة الإدمان والاستمرار فيه .

٢ - وزارة العدل :

يقع على وزارة العدل مسئولية تطوير القانون وتعديل نصوصه بشكل يمكنه من مواكبة تطور الانحراف والجريمة فى مجال المخدرات وقد قامت الوزارة بتعديل الكثير من النصوص الخاصة بذلك إلا أن الأساليب التى يتبعها التجار والمهربون تتطلب المزيد من بذل الجهد لمواجهة المشكلة وحصارها فى إطار القانون (كما حدث فى قانون مكافحة غسل الأموال .. الخ) .

وتتبلور جهود وزارة العدل فى سياق مواجهة هذه المشكلة فى :

أ - المراجعة الشاملة والمستمرة للقوانين وتعديلها وتطويرها .

ب - عقد دورات تدريبية لمناقشة قضايا المخدرات لبعض كوادر وزارة العدل وبشكل خاص حديثى العمل بالوزارة كمعاونى ووكلاء النيابة ، بالإضافة إلى مشاركة بعض رجال وزارة العدل من القضاة والمستشارين فى الجهود العلمية والأكاديمية ، وفى رسم البرامج الوقائية وخاصة تلك التى تتصل بالتشريعات .

ج - ضرورة الاستفادة من الدراسات والبحوث التى تجرى بالمؤسسات البحثية المعنية

بهذا الموضوع ، والتى أجريت على تجار المخدرات ، للوقوف على خصائص هذه الفئة وأساليب الانحراف والاتجار ، وكيفية التحايل على القانون للاستفادة منها فى تطوير القانون ونصوصه .

٣ - وزارة الصحة :

ويمكن لوزارة الصحة أن تضطلع بدور مهم فى مواجهة مشكلة المخدرات ، من خلال دورها الذى تؤديه فى مجال العلاج والخدمات التى تتم فى إطار هذه الجهود ، ويتحقق ذلك من خلال تخصيص عدد من المصحات لاستيعاب المدمنين وعزلهم لفترات يتم فيها علاجهم وتأهيلهم اجتماعياً . . ويتطلب ذلك تحقيق تغطية جغرافية لهذه المصحات سواء تلك التى تتخصص فى هذا العلاج أو من خلال إنشاء أقسام ملحقة بمستشفيات قائمة فى بعض المناطق التى لا تحتاج إلى مصحات مستقلة بالإضافة إلى تخصيص جزء من البعثات التى تعد الأطباء للتخصص فى مجال حالات المخدرات وأساليب تشخيصها ، ووضع نظام للرعاية الفعالة للمرضى أو المدمنين خلال استخدام الأساليب المتطورة فى علاج ومواجهة المشكلة وتوفير الأدوية اللازمة لعلاج المدمنين .

وفى إطار الجهود المطلوبة من وزارة الصحة للإسهام فى مواجهة مشكلة المخدرات لا بد من فرض رقابة صارمة على الصيدليات ووضع الضوابط والمعايير لتنظيم صرف المواد المؤثرة على الأعصاب وأدوية السعال التى يلجا إليها بعض المدمنين كبديل للمخدر بالإضافة إلى ضرورة تشديد العقوبة على الصيدليات التى تخالف هذه الضوابط . ولا ينبغى أن يقتصر الأمر على ما سبق ذكره ولكن لا بد أن تتضمن جهود وزارة الصحة فى برامجها البعد الإعلامى من خلال القوافل الصحية التى تتحرك فى أرجاء المجتمع وتقدم ندواتها ومحاضراتها للشباب لتوعيتهم بمخاطر المشكلة وكيفية الكشف عنها بشكل مبكر ، هذا فضلا عن خدمات التأهيل والتدريب التى يمكن أن تقدمها وزارة الصحة من خلال مؤسساتها العلاجية لإعادة المدمن الذى يتم علاجه إلى الحياة وتهيئته للتفاعل مع الواقع مرة أخرى .

٤ - وزارة القوى العاملة والتدريب :

ويمكن لهذه الوزارة أن تؤدى دوراً مهماً فى مواجهة مشكلة المخدرات داخل التجمعات العمالية ، وبشكل خاص فى قطاعات الصناعة أو القطاعات الإنتاجية ، فقد أفصحت الدراسات التى تناولت مشكلة التعاطى بين العمال عن تنوع المخدرات المنتشرة بين العمال ما بين الحشيش والبانجو والأفيون والكحوليات ، والأقراص المنشطة والهيروين والماكستون فورت ، بالإضافة إلى ما أشارت إليه هذه الدراسات من علاقة هذا السلوك بالحوادث التى تحدث داخل العمل ، حيث زادت معدلاتها بشكل واضح بين العمال المتعاطين والمدمنين والتى بلغت نسبتهم ٢٥٪ من الذين تعرضوا لحوادث العمل.

وفى هذا الصدد يمكن أن تتبلور جهود وزارة القوى العاملة والتى يمكن أن تتم من خلال فرق للعمل تضم متخصصين فى مجال الطب والنفس والاجتماع ، ورؤساء العمال والمشرفين ويتم تدريبها على الاكتشاف المبكر للمشكلة بين العمال وعلاج الأفراد الذين وقعوا فى دائرة الإدمان أو توجيههم إلى مصادر العلاج .

ويتطلب ذلك توقيع الكشف الطبى المبكر والدورى على العمال للتعرف على حالات التعاطى ، ومواجهتها قبل أن يتحول أصحابها إلى مدمنين .

٥ - وزارة التربية والتعليم :

وهى من أكثر الوزارات التى يمكن أن يكون لها دور فعال ومؤثر فى مواجهة المشكلة من خلال البرامج التى يمكن أن تعد لهذا الغرض سواء فى برامج الدراسة الأساسية ، أو من خلال الندوات والملصقات واللقاءات التى تستهدف هذه المشكلة ، ومن المعروف أن هذه الوزارة تضم فى مدارسها قطاعاً عريضاً من النشء الذين هم فى مراحل عمرية شديدة الحساسية وبالتالى فهم أكثر عرضة للانحراف ، وقد أظهرت الدراسات التى أجريت على طلاب المدارس ، وقام بها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات وجود نسبه كبيرة من المتعاطين من طلبة المدارس الثانوية العامة والفنية . وتحتاج مواجهة هذه المشكلة جهودا مكثفة يبذلها فريق متخصص فى كل مدرسة يضم أخصائياً نفسياً ، واجتماعياً ، وطبيباً متخصصاً فى هذا المجال للكشف عن الحالات المبكرة قبل وقوعها فى دائرة الإدمان ، كما يتطلب الأمر إعداد البرامج الرياضية والترفيهية ضمن النظام الدراسى ، وتوعية الطلبة

بأضرار التدخين وتوظيف جماعات النشاط المختلفة ، وتوعية الطلبة بمخاطر الإدمان والآثار المترتبة عليه فى تدمير القوى العقلية والجسدية . وعلاقته بإعاقة التحصيل الدراسى ، وإزالة اللبس القائم حول جدوى بعض المواد المنشطة فى زيادة قدرة الطالب على التحصيل الدراسى ، والكشف عن مضارها بالنسبة للتركيز والتحصيل .

٦ - وزارة التعليم العالى :

وهى أيضا من الوزارات التى يمكن أن تكون لها نفس الدور الفعال والمؤثر فى مواجهة المشكلة بالنسبة لطلاب الجامعات الحكومية والأهلية .

وقد أظهرت الدراسات التى أجريت على طلاب الجامعات وجود نسبة كبيرة أيضا من المتعاطين للمخدرات فيها .

ويمكن للجهود والبرامج السابق الإشارة إليها بالنسبة لوزارة التربية والتعليم، أن تسهم فى مواجهة المشكلة بعد إجراء بعض التعديلات فى أسلوب ولغة الحوار يتناسب مع ثقافة وطبيعة المرحلة العمرية لطلاب الجامعات .

٧ - وزارة الأوقاف :

وتمتلك هذه الوزارة قنوات فعالة للتأثير فى الواقع من خلال المساجد وما تضمه من خطباء ووعاظ ، وتتبلور الجهود المتوقعة من وزارة الأوقاف فى مواجهة مشكلة المخدرات فى تبنى تناول هذا الموضوع من خلال المساجد ، وإزالة الغموض واللبس الذى يسود لدى بعض العامة من الناس من أن المخدرات ليست محرمه شرعاً ، وأنه لم ترد نصوص صريحة بتحريمها ، الأمر الذى يقلل من الرادع الدينى ويجعل الكثير من الأفراد يقدمون على تعاطيها دون مبالاة ، ويتطلب هذا الموضوع أن يبذل علماء الدين المزيد من الجهد ، وكذلك الفقهاء لإعداد برامج تدريب متخصصة للدعاة فى هذا الشأن والخروج منها بتصور حول كيفية صياغة رسالة واضحة لأفراد المجتمع حول موقف الدين من هذا السلوك .

كما يتعين إعداد برنامج تدريب متخصص للدعاة يوضح لهم بشكل علمى مبسط أضرار هذه المشكلة وتبعاتها السلبية على الأسرة والمجتمع والأفراد ، ويتم التركيز على الدعاة الذين يعملون بالمناطق الشعبية والعشوائية والتى تنتشر فيها ظاهرة التعاطى أكثر من غيرها من المناطق ، وفى هذا الصدد تأتى أهمية الندوات والمحاضرات التى تتم فى المساجد والنوادى الرياضية ومعسكرات الشباب ، ودور الرعاية ، وقصور الثقافة والجامعات والمدارس ، ويشارك فيها رجال الدين الذين يكون قد تم إعدادهم لهذه المهمة ، كما يأتى أهمية أن تضع وزارة الأوقاف برنامج محاضرات يغطى كافة المؤسسات الاجتماعية خلال فترات السنة ، ويبدأ بالمناطق الأكثر عرضه لانتشار هذه المشكلة أكثر من غيرها .

٨ - وزارة الإعلام:

وتملك وزارة الإعلام من وسائل التأثير المباشر وغير المباشر من الوسائل ما يمكن توظيفها فى مواجهة مشكلة المخدرات ، وتأتى أهمية دور الإعلام فى قدرته الفعالة على التأثير فى كافة المستويات الاجتماعية ، فضلاً عن مساحة انتشارها جغرافياً ، وبشكل خاص من خلال وسائلها المرئية والمسموعة ، والتى يمكن من خلالها تغيير اتجاهات الأفراد ومعتقداتهم حول مدى فائدة أو ضرر تعاطى المواد النفسية ، وقد أكدت الدراسات فى هذا الصدد الدور الذى تلعبه هذه الاتجاهات فى إقبال الأفراد على التعاطى ومنها :

– وجود نسبة لا يستهان بها من جمهور غير المتعاطين من الجنسين يعتقدون فى فائدة تعاطى المواد النفسية ، بالإضافة إلى وجود نسب أخرى ترغب فى تجريب وتعاطى أى من المواد النفسية .

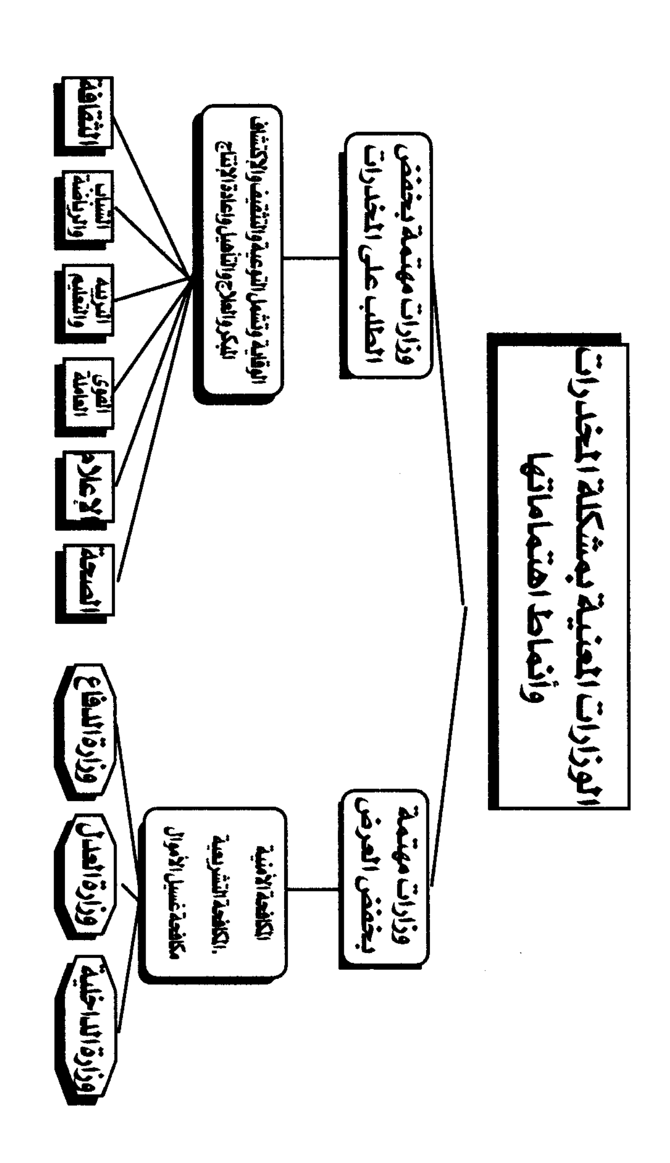
– إن هذه المعتقدات تجاه المخدرات تعد مصدراً لتغذية وانتشار التعاطى وزيادة مساحته ، ومن ثم فان التعامل مع هذه المشكلة يعد ناقصاً إذا ما تجاهلنا الدور الذى تقوم به الاتجاهات والمعتقدات حيال قبول بعض المواد النفسية ، ومن ثم البدء فى تجريب هذه المواد النفسية .

وجود علاقة إيجابية بين التعرض لثقافة المخدر واحتمالات التعاطى وتتمثل ثقافة التعاطى هنا فى مصدر السماع والرؤية المباشرة .

وانطلاقاً من هذه الفروض يمكن للإعلام أن يضع برامجه الموجهة للوقاية من هذه المشكلة سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة من خلال الأعمال الدرامية ، ويخصص فى قنواته مساحة ملائمة للبث حول هذا الموضوع يحاول التركيز من خلالها على المشكلة وأبعادها وكيفية الوقاية منها ، والأضرار المترتبة عليها ، والآراء المضللة حول فائدة المواد النفسية .

٩ - وزارة الشباب :

وهذه الوزارة تتعامل مع قطاع عريض من الشباب من خلال مؤسساتها المتمثلة فى مراكز الشباب والنوادى الرياضية والتى تنتشر فى كافة أرجاء المدن والقرى ، ويمكن للوزارة أن تعد البرامج الترفيهية والرياضية والمعسكرات والرحلات من خلال هذه المؤسسات مما يجذب الشباب ويوجه طاقاتهم إلى أنشطة بناءة ، وفى إطار هذه البرامج يمكن إفراد جزء لزيادة وعى الشباب بمخاطر هذه المشكلة .


الوزارات المعنية بمشكلة المخدرات
وأنماط اهتماماتها
وزارات مهتمة بخفض الطلب على المخدرات
وزارات مهتمة بخفض العرض
الثقافة
الشباب والرياضة
التربية والتعليم
القوى العاملة
الإعلام
الصحة
المكافحة الأمنية
المكافحة التشريعية
مكافحة غسيل الأموال
وزارة الدفاع
وزارة العدل
وزارة الداخلية

الحلقة الثانية : السياق المجتمعى والعناصر المكونة له :

وهذه الحلقة على جانب كبير من الأهمية بما تضمه من عناصر فاعلة ومؤثرة فى حدوث الظاهرة موضوع الاهتمام ، فالأسرة والمؤسسات التعليمية ، والإعلام ، والمؤسسات الدينية والترويحية والرياضية تمثل فى مجملها مكونات هذا السياق ، وعلى هذه المؤسسات تقع مسئولية مواجهة المشكلة ، وتحتاج هذه المؤسسات إلى إعدادها من خلال برنامج ذى شقين ، شق وقائى والآخر علاجى .

ويرتكز البرنامج الوقائى على :

- توعية هذه المؤسسات بمخاطر الإدمان الصحية والنفسية والاجتماعية .

- أن يراعى هذا البرنامج كافة الشرائح الاجتماعية باختلاف موقعها الاجتماعى .

- أن يركز البرنامج فى جانب منه على توعية الأسرة بمناطق استقطاب الأبناء إلى منعطف الإدمان ، وأهمية متابعتهم .

- أن يتضمن البرنامج فى جانب منه الكشف عن الأوهام التى يروج لها المروجون حول فوائد المخدرات .

أما الشق العلاجى فيجب أن يرتكز على عدة أسس منها :

- يتطلب برنامج العلاج للعمل فريقاً متكاملاً ومتعدد التخصصات ويمتلك من الإمكانيات العلمية والفنية والمادية ما يمكنه من كشف الحالات المبكرة ومواجهتها ، والتحرك من خلال المؤسسات المتخصصة للعلاج بالمستشفيات العامة والمراكز والوحدات الاجتماعية والصحية المدرسية والتأمين الصحى ، ومراكز الاستشارات الأسرية والأندية الرياضية ومراكز الشباب ، والجامعات والمعاهد .

- أن تتجاوز فلسفة علاج المدمن والمتعاطى كفرد لتصل إلى الأسرة والمجتمع الذى تعيش فيه الأسرة ، ومحاولة خلق نمط معيشى جديد بما يتضمنه ذلك من اتجاهات سلوكية أكثر إيجابية على مستوى المجتمع والبيئة الاجتماعية للمدمن.

- ضرورة تأهيل الأفراد الذين وقعوا فى هذه المشكلة وتحقيق المناخ الاجتماعى الملائم لإعادة إدماجهم فى الواقع .

وفى إطار التركيز على السياق المجتمعى تقترح الجهود الرامية إلى الحد من هذه المشكلة ، ضرورة التركيز على الأسرة بشكل خاص باعتبارها صمام الأمان للرد وخط الدفاع الأول ضد الانحراف ، ففيها تتشكل قيم الفرد ، وتواجه الأسرة فى هذه الآونة مشكلات عديدة ومن ثم يتطلب الأمر تخفيف حدة المعاناة لها من قبل المجتمع من خلال :

- ضرورة تخفيف حدة المعاناة عن أفراد الأسرة وتوفير ضروريات الحياة ، وبشكل خاص فى بعض المستويات الاجتماعية والاقتصادية الكادحة ، فقد أدى السعى لتحقيق هذه الضروريات إلى هجرة الأب أو الأم أو الاثنين معاً وترك الأبناء دون رعاية ، أو فى رعاية أحد الأقارب ، وانعدمت رعايتهم وغابت الرقابة عنهم وسهل ذلك بدوره انحراف الأبناء .

- توفير فرص العمل للشباب حتى لا يمثل وجودهم دون عمل عبئاً على الأسرة والمجتمع ، فانتشار البطالة بين الشباب يقود إلى الكثير من أشكال الانحراف ، وتؤدى إلى الإحباط وفقدان اعتبار الذات وتأكيدها ، ويكون اللجوء إلى نسيان الهموم ومشاكل الحياة ، وصياغة بديل حافل بالوهم يحقق قدراً من النسيان لهذا الواقع المرير ، ويجد الشباب فى المخدرات هذا العالم الوهمى .

- مساعدة الأسرة فى القيام بدورها التربوى ومساندتها من خلال الإعلام ومؤسسات التعليم ، وضرورة التنسيق بين هذه الروافد فى أهدافها التربوية حتى لا يؤدى العزف المنفرد لكل منها إلى قيم متناقضة تصيب الأبناء بالقلق والاغتراب واللجوء إلى مصادر أخرى بديله تضلل مساراتهم .

- توفير سبل الحياة الكريمة للشباب لإمكانية الحصول على مسكن ملائم يتحقق فيه الاستقرار ، حتى لا يفقد الأمل ويبحث عن أحلامه فى عالم الوهم الذى تحققه له المخدرات .

- تقديم الدعم العلمى النفسى والاجتماعى والطبى للأسر التى تعانى من إدمان أحد أفرادها .

- التدريب والتمكين من توليد دخل يحافظ على مستوى لائق لإشباع حاجاتها وتيسير

توظيف أعضائها أو مساعدتهم فى إقامة مشروعات صغيرة تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم .

مؤسسات التعليم والدور المتوقع منها لحل المشكلة :

ويمثل التعليم الحلقة التالية فى الإعداد بعد الأسرة ، ومن خلال مراحل الإعداد المختلفة يتشكل البناء العقلى والنفسى للفرد ، وينمو وعيه عن الكثير من القضايا المجتمعية ، ومن ثم فبالإمكان أن يلعب التعليم دوراً مهماً وبارزاً فى التعريف بمخاطر الإدمان ، ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال أسلوبين :

- الأول : أن يفسح المجال فى المناهج الدراسية للموضوع ومخاطره وتأثيراته السلبية على القوى الجسمية والعقلية .

- والثانى : من خلال حلقات النقاش والندوات التى يتولاها اخصائيون اجتماعيون ونفسيون وأطباء يدعون لشرح مخاطر هذه المشكلة على الفرد والمجتمع .

ويطبق نفس الشيء بالنسبة للجامعات حيث يمكن زيادة الوعى بمخاطر المشكلة من خلال الندوات واللقاءات التى تعقدها التنظيمات الطلابية .

وسائل الإعلام والدور المتوقع منها لمواجهة المشكلة :

لقد فرضت وسائل الإعلام نفسها على كافة جوانب الحياة وبشكل خاص المرئى منها ، والذى وصل تأثيرها إلى كل جزء فى المجتمع ، وتشير الدراسات التى تناولت مشكلة الإدمان إلى تأثير وسائل الإعلام المباشر على الشباب الذين وقعوا فى هذه المشكلة ، حيث احتلت المرتبة الثانية بعد الأصدقاء والرفاق كمصدر للمعرفة بالمخدرات ، وهذا هو الجانب السلبى منها ، إلا أنه بالإمكان تحويل هذا الجانب إلى جانب إيجابى وتوظيف إمكانيات الإعلام المرئى فى تقديم صور متنوعة للآثار السلبية للتعاطى على الفرد وتوعية الأفراد بمخاطر هذه المواد من خلال ما تمتلكه هذه الوسائل من تقنيات حديثة وفنية لها قدرتها على التأثير فى المشاهد وجذب انتباهه لأبعاد هذه المشكلة وأسباب حدوثها ، ويكتمل تأثير هذه الوسائل إذا تم التنسيق بينها وبين المؤسسات التعليمية والتربوية ، والأسرة ،

وإعطاء مساحة ملائمة فى حيز البرامج لمناقشة هذه المشكلة والاستعانة بخبراء متخصصين فى هذه المشكلة .

مؤسسات المجتمع المدنى :

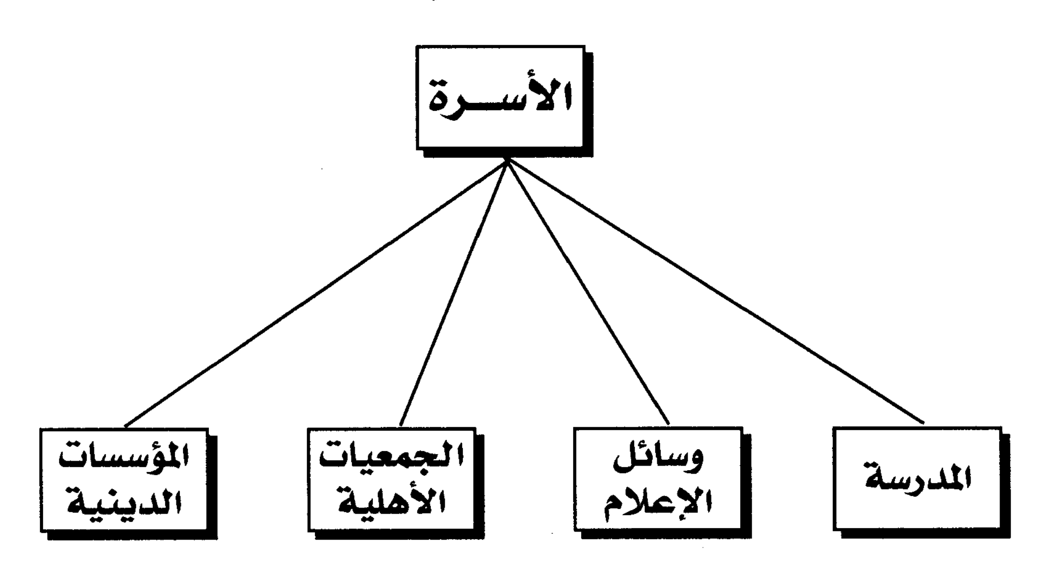
ومنها الجمعيات الأهلية والنقابات العمالية ، ويمكن أن تلعب دور الشريك مع الأسرة فى مواجهة المشكلة وبشكل خاص فى المجتمعات المحلية . بالإضافة إلى المنظمات الحكومية الأخرى ، ويتبلور الدور الذى يمكن أن تؤديه الجمعيات الأهلية فى مواجهة مشكلة الإدمان فى تنظيم دورات تدريبية لقادة الرأى الذين ينتمون إلى شرائح اجتماعية وعمريه مختلفة ، وتمدهم بالمعلومات والمهارات التى تمكنهم من الاكتشاف المبكر والمساهمة فى العلاج ، ويمكن لهذه المؤسسات الاستعانة بذوى الخبرة فى هذا الشأن ، وتبدو أهمية دور هذه الجمعيات فى قدرتها على الاقتراب من المشكلة من خلال مرونتها فى التفاعل مع الواقع والكشف عن حالات الإدمان المبكر ومساعدة الأسر التى تعانى من مشكلة إدمان أحد أبنائها ، وتقديم الدعم المادى والمعنوى لهذه الأسر ، وبشكل خاص فى مجال التدريب وتوفير فرص للعمل والتأهيل المهنى للمتعاطين والإسهام فى الحد من البطالة باعتبارها أحد أسباب التعاطى .

الشكل رقم (٤١)

يوضح شكل التفاعل المطلوب بين الأسرة

والمؤسسات الاجتماعية الأخرى

فى مواجهة مشكلة الإدمان



المؤسسات الدينية:

يحتل الدين مكانة فى عقول أفراد المجتمع ، وكثيراً ما يكون اللجوء إلى دور العبادة ورجال الدين فى ظروف المحن التى يقع فيها الأشخاص ، اما بحثاً عن حلول لها أو لما تحققه دور العبادة من حالة الاطمئنان أو لإعادة التوازن النفسى المفقود .

وفى هذا السياق تبدو أهمية الدور الذى يمكن أن يؤديه علماء الدين والدعاة من موقعهم فى دور العبادة ، وقد يفضى الأفراد لهم ببعض المشكلات التى لا يفضى بها الشخص بشكل سهل ، ويتطلب الأمر هنا إعداد هؤلاء الدعاة فى دورات تدريبية تناقش معهم المشكلة وأبعادها وضحاياها وموقف الدين من المخدرات ، وحسم الخلاف حول ما إذا كانت النصوص الدينية لم تنص صراحة على تحريم هذه المواد كما يروج لذلك التجار

والمروجون لأن ذلك يشكل خطورة كبيرة ويحدث لغطا فى الفهم ينبغى توضيحه .

بالإضافة إلى أن دور العبادة يظل لها التأثير من خلال الإقناع والترغيب ، والملاحظ فى السنوات الأخيرة أن دور العبادة أصبحت تشارك فى جهود النشاط الأهلى ، من خلال إلحاق العديد من الخدمات بها كالخدمات التعليمية والعلاجية ، ويصبح من الملائم فى هذا الصدد أن تفرد هذه الدور جزءاً مخططاً فى ندواتها الدينية الأسبوعية ولمناقشة هذه المشكلة بصورة يستفيد منها الآباء والأبناء ، بالإضافة إلى إمكانية إقامة مراكز ملحقة بالمساجد والكنائس تضم خبرات نفسية واجتماعية وطبية للاكتشاف المبكر ، والتوجيه والعلاج تلحق بهذه الأنشطة .

ويحتاج ذلك إلى إعداد خاص للدعاة الذين قد يكونون على قناعة بأن هذا النوع من المشكلات الاجتماعية يخرج عن حيز اهتمام رجال الدين والذى ينبغى أن ينصب فى الدعوة إلى الدين فحسب ، إلا أن هذا التصور لدور رجال الدين هو تصور محدود ، فلا بد من توسيع دائرة تأثير الدين ليصبح أكثر ارتباطاً بمشكلات الحياة ، وبالتنمية الاجتماعية ، وبمواجهة أشكال الانحراف ، وهذا ما يتضمنه الدين فى نصوصه ، إلا أن بعض الدعاة ربما يجدون أن توسيع دائرة شرح الدين قد يكلفهم جهداً أكبر ، وحاجة إلى المعرفة لا قبل لهم بها ، ومن ثم تأتى هنا أهمية البرامج المتخصصة لهم والتى تعدهم لهذه المهمة ، وبشكل خاص فى مجال المخدرات . التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعى للمدمن المقلع عن الإدمان :

وهذه الخطوة على جانب كبير من الأهمية ، فلا يكفى أن يتم العلاج بالشكل الذى يحدث الآن ، خلال الفترات القصيرة والمحدودة ، إذ ما يلبث المدمن أن يعود مرة أخرى إلى التعاطى ، لقصور برامج العلاج من جانب وفقدانها إلى فلسفة عامة متكاملة من جانب آخر ، فعملية العلاج والتأهيل هى عملية متصلة تبدأ بالاكتشاف المبكر ، وتستمر فى عمليات تغيير عادات المدمن ، ثم فى إعادة إدماجه اجتماعياً فى الواقع الاجتماعى مع مراعاة محاولة انتزاعه من مناطق التأثير المباشر التى أوقعته فى أنياب هذه المشكلة، ويدخل فى هذه الجهود مساعدة المدمن المقلع عن الإدمان فى استعادة جانب من قدراته التى أفقدها له الإدمان ، وكذلك مهاراته العملية فى محيط العمل أو الدراسة ، ويكون ذلك من خلال متابعته بشكل منتظم فى عمله أو دراسته وتهيئة المكان لتقبله واستيعابه . وثمة

اعتبارات ينبغى مراعاتها فى إطار عمليات التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعى منها :

- مراعاة الخصائص العمرية والنوعية للذين أقلعوا عن التعاطى وكذلك الأخذ فى الاعتبار الظروف المعيشية عند صياغة هذه البرامج .

- محاولة التخفيف من حدة الضغوط التى كثيراً ما تكون مبرراً لإدمان بعض الشباب .

- ضرورة الوعى بصورة المدمن عن ذاته والتصورات النمطية التى تم تكوينها لدى المحيطين به عنه ، إذ أن الوعى بهذه الجوانب يسهم فى بلورة تصورات عامة حول إمكانية تغيير هذه الصور كجزء من العلاج ، وكبعد مهم فى مجال الإدماج [1] . فمن المتوقع أن تكون الصورة المنطبعة فى ذهن المدمن عن نفسه قد تعرضت للتشويه ، وأصبح يشعر أنه شخص غير مقبول ، وقد يفكر فى أن الدائرة المجتمعية التى يعيش فيها وهى الأسرة وجماعة الأصدقاء والجيران وزملاء العمل ستستمر نظرتهم إليه على أنه مدمن ، ولذلك لابد من بذل المزيد من الجهد مع المدمن المقلع عن الإدمان ومع زملاء العمل ومع الجماعات التى سيعمل معها أو يرتبط معها بعلاقات فى إطار المجتمع المحلى، ثم يكون الجهد الأكبر مع المجتمع الكبير بهدف تنمية مشاعر إيجابية وغرس معانى القبول الاجتماعى للعائدين إليه .

ويكون الدور الأساسى فى عمليات التأهيل للأسرة التى يمكن أن يتم توعيتها وتأهيلها لاستقبال المدمن المقلع لا باعتباره منحرفاً ولكن باعتباره مريضاً وأنه نتاج لظروف وعوامل اجتماعية واقتصادية وبيئية أدت إلى ذلك . كما تكمن أهمية هذا الدور الأسرى فى مقدرة الأسرة على احتواء الشخص الذى يعانى من هذه المشكلة ومراقبته حتى لا يحتويه قرناء السوء ويعود مرة ثانية ، وللمؤسسات الأخرى نفس الدور المشابه لدور الأسرة بالمدرسة أو الجامعة أو مكان العمل ، لكل هؤلاء دور مهم فى استيعاب المدمن المقلع وتجاوز النظرة إليه كمذنب أو كمنحرف والنظر إليه باعتباره إنسانا أوقعته الظروف فى هذه الموقف ، ولا بد من مساعدته للخروج من ورطته .

وإلى جانب المؤسسات التربوية يمكن للجمعيات الأهلية قيامها بأدوار فاعلة

(١) انظر : الاستراتيجية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات ، مرجع سبق ذكره ، ص ٨٦ ، ٨٧ .

ومؤثرة فى هذا الشأن بمالها من قدرة على التفاعل مع الواقع وتقديم أشكال العون المادى والمعنوى للأسر التى تحتاج إلى ذلك والتى يعانى أحد أفرادها من المشكلة .

الحلقة الثالثة : القانون :

بدأت مخاطر المخدرات تجتذب نظر المشرع المصرى منذ أواخر القرن الماضى تحديداً فأصدر العديد من التشريعات التى توالت تباعاً لمكافحتها والحد من انتشارها وقد بدأ القانون إلى حد كبير متسقاً مع ظروف تطور المشكلة وبشكل خاص فى السنوات المبكرة والتى شهدت هذه المحاولات ، إلا أن السنوات الأخيرة من القرن الماضى شهدت تطوراً هائلاً فى أساليب تخليق المواد وفى الزراعات وفى أساليب التهريب والاتجار ، وأمام ذلك تعثر القانون فى ملاحقتها تارة ونجح تارة أخرى ، ويبدو الأمر إلى المتأمل أننا فى حاجة إلى استحداث بعض النصوص لمحاولة سد الثغرات التى يحدثها هذا التطور الهائل فى حلقات هذه المشكلة ، وسوف نتناول تطور التشريع المصرى فى مكافحة مشكلة المخدرات فى عجالة شديدة من خلال العرض التالى :

- فى سنة ١٨٧٩ كان المخدر الأول الذى اتجه المشرع إلى مكافحته هو الحشيش ، ومن ثم فقد صدر فى هذه السنة أمر عال جرم استيراده وأوجب على السلطات الجمركية مصادرة ما يضبط منه ، كما منع زراعته وفرض على من يخالف أحكامه عقوبة الغرامة التى لا تزيد على مائتى قرش .
- وفى سنة ١٨٨٤ صدر أمر عال فى ١٠ مارس من السنة ذاتها نص على عقوبة زراعة الحشيش أو استيراده بغرامة قدرها مائتا قرش وزيادة هذه الغرامة فى حالة العود إلى ثمانمائة قرش ، وتوقيع الإكراه البدنى فى حالة عدم دفع الغرامة مع مصادرة الآلات والبضائع التى استخدمت فى إنتاجه .
- وفى سنة ١٨٩١ صدر أمر عال شدد العقوبة حيث جعل الغرامة خمسين جنيه لكل فدان يزرع حشيشاً ، وفى حالة العود تكون الغرامة مائة جنيه بالإضافة إلى إعدام المزروعات .
- وفى سنة ١٨٩٥ صدر قرار وزارة الداخلية بمنع أصحاب المحلات العمومية من تقديم الحشيش أو السماح بتعاطيه ، ونص على عقاب المخالفين بغرامة من ٢٥ إلى ١٠٠

قرش ، وغلق المحال المخالفة إذ صدرت على أصحابه ثلاث عقوبات فى مدة ستة شهور.

- ثم تواكبت القرارات والقوانين كقرار وزارة الداخلية فى ١٩ مايو ١٩٠٠ ، ثم قانون المحلات العامة الذى صدر سنة ١٩٠٤ ، ١٩٠٥ ثم كان أول تشريع ١٩١٨ كان يحظر زراعة الأفيون ، وجدير بالذكر أن الذين يؤرخون للقوانين يذكرون أن هذا الحظر لم يكن بسبب أخطار الأفيون ، وانما كان بسبب الرغبة فى زيادة الرقعة المنزرعة من الأراضى بالحبوب لحاجة البلاد إليها ، فقد نص فى ديباجة التشريع على رفع الحظر بمجرد زوال الحاجة .
- وفى سنة ١٩٢٢ صدر مرسوم ينص على حظر التصدير أو استيراد الأفيون والكوكايين والهيروين والحشيش بدون تصريح من وزارة الداخلية إلا أن هذا المرسوم لم ينص على جزاء يوقع على من يخالف أحكامه مما ترتب عليه أن فقد جديته ، وبدأ حجم المشكلة يتزايد .
- وفى سنة ١٩٢٦ صدر مرسوم بمنع زراعة الخشخاش وهو النبات الذى ينتج منه الأفيون ، وفى سنة ١٩٢٨ صدر أول قانون لمكافحة المخدرات وفى سنة ١٩٤٤ صدر القانون رقم ٤٢ لسنة ١٩٤٤ .
- وفى سنة ١٩٥٢ صدر القانون رقم ٣٥١ لسنة ١٩٥٢ والذى يشدد العقوبة إلى حد ما عن القوانين السابقة وجعلها جناية وعقوباتها الأشغال الشاقة المؤبدة والغرامة من ثلاثة آلاف إلى عشرة آلاف جنيه .
- ثم شهدت ١٩٦٠ طفرة فى القوانين عندما تقرر الإعدام عقوبة فى حالة العود فى جرائم الإنتاج والتصدير والجلب .
- وكان أول قانون يصدر بشأن المتعاطين للمواد المخدرة هو القانون رقم ١٦ لسنة ١٩٧٣ ، وقد نص هذا القانون على إيداع من يثبت إدمانه إحدى المصحات وعدم إقامة الدعوى الجنائية على من يتقدم من متعاطى المخدرات من تلقاء نفسه للمصحة للعلاج .

- وفى سنة ١٩٧٧ صدر القانون رقم ٤٥ الذى أضاف مواد مخدرة جديدة إلى الحظر المنصوص عليه فى الباب الثانى من القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ .
- وفى سنة ١٩٨٩ صدر القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٨٩ معدلاً لبعض أحكام القانون السابق بشأن المخدرات ، حيث تضمن التعديل تشديد العقوبات حيث وصلت إلى الإعدام والغرامة التى لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تجاوز خمسمائة ألف جنيه فى حالة تصدير أو جلب المخدرات أو إنتاجها وصناعتها وزراعتها بقصد الاتجار .
- كما وصلت عقوبة حيازة أو إحراز أو شراء أو إنتاج مخدر بقصد التعاطى أو الاستعمال الشخصى فى غير الأحوال المصرح بها قانوناً إلى الأشغال الشاقة المؤقتة والغرامة التى لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ولا تتجاوز خمسين ألف جنيه [١] ، إلا أنه على الرغم من هذا الكم الهائل من القوانين وصرامتها وكثافة الجهود التى تبذلها الأجهزة التى تقوم بتنفيذه ، فما زال خطر المشكلة فى مصر قائماً وما زالت مافيا جرائم المخدرات بأشكالها وأساليبها تبدع من الحيل ما يتطلب اللحاق بها ومحاصرتها وهو ما يلقى بدوره مسئولية كبيرة على المشرع الذى يجب أن يلاحق هذه الأساليب فيضيف من النصوص ما يتسق والتطور الهائل فى أساليب الجلب والاتجار . وما زالت هناك ثقوب فى القانون يفلت منها التجار كما أنه يحتاج إلى حسم أكثر فى العقاب ، فالمجتمع الصينى عندما أرقته مشكلة تعاطى الأفيون ، شدد العقوبة على من يزرع النبات الذى يدخل فى تصنيعه ، أو يقوم بتوزيعه أو يتعاطاه لدرجة وصلت إلى حد الإعدام ، وفى سبيل ذلك أعدم آلاف الأشخاص ممن وقعوا فى هذا الجرم ، واستطاع المجتمع الصينى أن يتخلص تماماً من هذه المشكلة . أما المثال الثانى هنا فهو الجدل القانونى الذى أثير حول إعدام بعض تجار المخدرات على مرأى من العامة من الناس ولم يتم تنفيذ الإعدام فى مكان عام ولم يتحقق ذلك بسبب عدم دستورية هذا الشكل من التنفيذ ، والأمر مازال فى حاجة إلى حزم فى القانون ، وسرعة فى إجراءات التقاضى لحصار هذا الوباء .

والسؤال الذى يفرض نفسه الآن ينطلق من ما قررته الإحصاءات الرسمية المسجلة فى

---

(١) انظر : تاجر المخدرات ، والمجتمعات المستهدفة للتعاطى ، مرجع سبق ذكره ، ص٦٣ ، ٦٤ .

التقارير السنوية للإدارة العامة لمكافحة المخدرات وهى أن معدلات القضايا والمتهمين والمضبوطات فى جرائم المخدرات انخفضت لمدة عامين فقط هما عام ١٩٨٩ الذى صدر فيه القانون ١٢٢ وعام ١٩٩٠ ، ثم عادت المعدلات إلى الارتفاع فى أعوام ١٩٩١ ، ١٩٩٢ ، ١٩٩٣ والأعوام التى تلت هذه الأعوام(١) .

وتشير تلك الإحصاءات إلى أن المشرع المصرى قد استنفذ بالقانون ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ أقصى ما يملكه من آليات موضوعية وإجرامية للتشديد فى جرائم المخدرات ويصبح السؤال فماذا بقى له من أدوات تشريعية لمواجهة المشكلة فى المستقبل إذا اشتدت وطأتها .

إذن فالمشكلة تحتاج إلى تضافر الجهود المجتمعية من خلال التنسيق بين مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى الأسرة والمدرسة والجامعة والإعلام والمؤسسات الدينية والترويحية ، من خلال استراتيجية قومية يشارك فى وضعها وتنفيذها وزارات الداخلية والتعليم والشئون الاجتماعية والعدل والزراعة وذلك لإمكانية حصار هذه المشكلة .

وتشير بعض الدراسات التى تناولت مكانة القانون وتقديره لدى أفراد المجتمع والتى تعد أحد العوامل الحاسمة والضرورية لأداء النسق القانونى لوظائفه بكفاءة ، بالإضافة إلى تقدير المجتمع للقانون والذى يمثل أحد المحكات الهامة للامتثال للقواعد القانونية ، تشير إلى أن تلك المكانة تتوقف على عدد من العوامل أهمها ارتفاع المستوى التعليمى والأسرى والمهنى ، وحداثة القانون ، وتنشئة الأفراد على احترام نصوصه والالتزام به .

ويعزى انخفاض تقدير القانون وعدم احترامه إلى انخفاض المستوى التعليمى والأسرى ، وإلى ضعف الشعور بالانتماء والأمان والشعور بالإحباط والاهتزاز النفسى للقيم - حيث تشكل هذه العوامل مؤشرات واضحة لانخفاض مكانة القوانين وعدم تقديرها بالإضافة إلى العديد من العوامل الأخرى كانفصال القواعد القانونية وعدم ملاءمتها للسياق الاجتماعى الذى تنظمه ، فالقوانين لا بد وأن تكون معبرة عن الإرادة العامة لأفراد المجتمع وعن روح الجماعة وبالتالى منظمة لسلوكها .

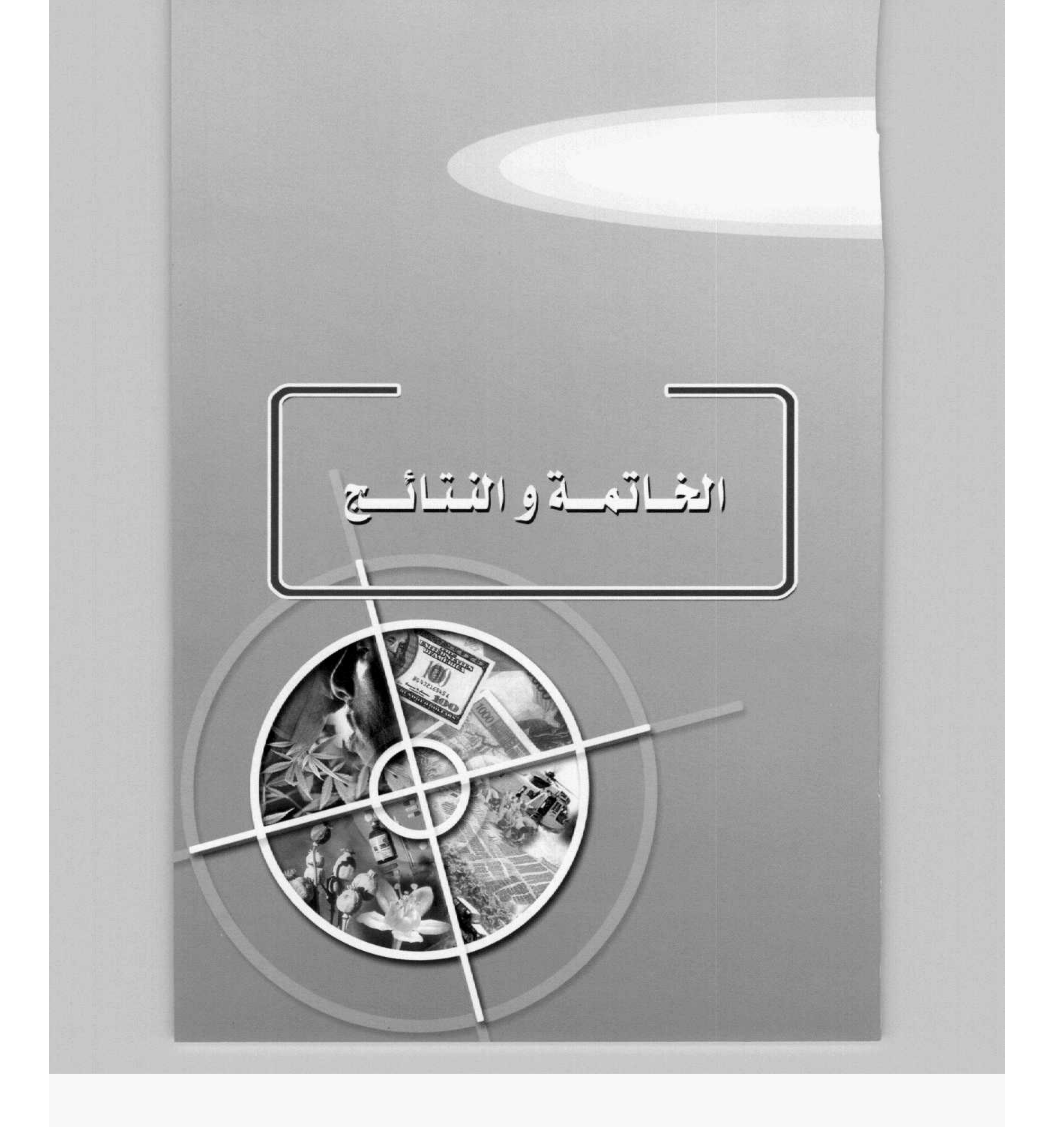
وفى ضوء هذه الاعتبارات ينبغى مراجعة القوانين الخاصة بالمخدرات سواء الجلب أو

(١) انظر : دليل رجال القضاء والنيابة العامة فى قضايا تعاطى وإدمان المخدرات ، رئاسة مجلس الوزراء صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى ، القاهرة ٢٠٠٠ ، ص ٤٩ ، ٥٠ .

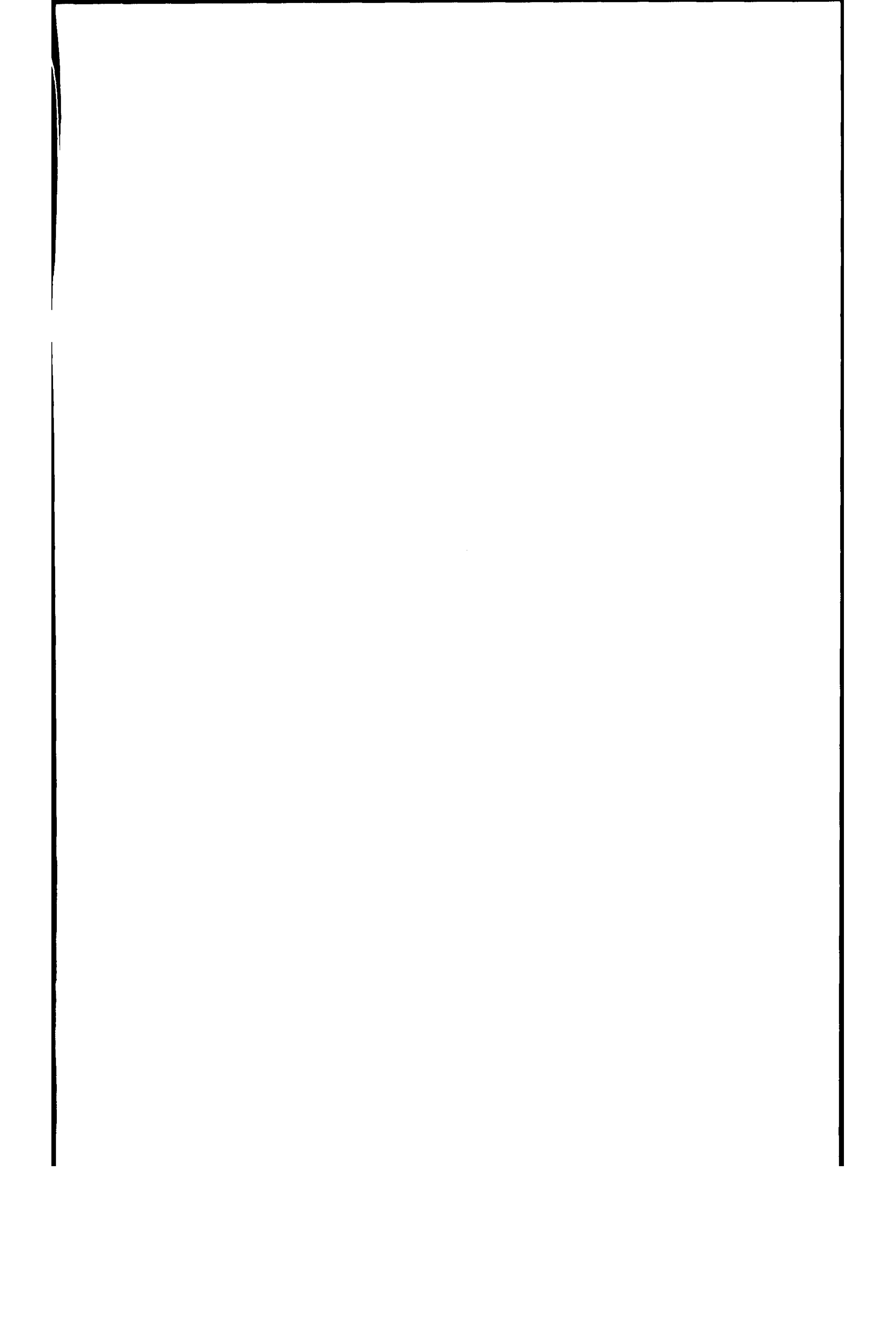
الاتجار أو التعاطى أو الإدمان ، وقد يتطلب الأمر تشديد العقوبة أكثر مما هى الآن أو الإبقاء على القوانين بشكلها الحالى ، أو مقاومة المشكلة من منظور اجتماعى أكثر اتساعاً تعمل على تعميق الوعى بالقانون وباحترام نصوصه والالتزام بقواعده قبل أفراد المجتمع ، أو بزيادة الانتماء من قبل الأفراد لواقعهم ، وتدعيم القيم الإيجابية ، وقد تبدو هذه الاعتبارات بعيده عن نطاق القانون ، ولكن ما نود ذكره هنا هو أن مشكلة المخدرات يقررها سياق اجتماعى ضاغط يهيئ الظروف لحدوثها ويتطلب الأمر تخفيف الضغط عن هذا السياق وتهيئة الظروف للأفراد لحصار سبل الانحراف ، ثم يكون القانون أداة لعقاب الأفراد الذين تحققت لهم سبل الأمان النفسى والاجتماعى وبالرغم من ذلك انزلقوا فى دائرة الانحراف ، وفى إطار هذه الفلسفة ينبغى أن يتحرك القانون ونصوصه فى مواجهة مشكلة ذات أبعاد اجتماعية متشعبة .

وفى إحدى الدراسات التى استطلعت رأى تجار المخدرات نحو تشديد العقوبة وتأثيرها فى الحد من نشاط التجارة والانحراف فى مجال المخدرات تباينت الآراء ، فبعض هؤلاء التجار أكدوا أن تشديد العقوبة سوف يؤدى إلى القضاء على هذا النشاط ، ويميل البعض الآخر إلى رفض فكرة تشديد العقوبة لما لها من آثار سلبية حيث يؤدى ذلك إلى نتائج عكسية واتباع طرق متعددة للتخفى عن أعين الشرطة ، وإلى أساليب أكثر عنفا من قبل التجار لتقليل فرص الإمساك بهم . وقد يؤدى ذلك أيضا إلى إفراز أعداد أكبر من المنحرفين الذين يوظفهم التاجر وهو حبيس داخل أسوار السجن .

وتلقى هذه الاعتبارات تبعات ثقيلة على رجال التشريع وفقهاء القانون فى صياغة التشريعات والقوانين التى يمكن من خلالها مواجهة هذه المشكلة فى أبعادها الاجتماعية والجنائية والتى تتطلب منهم ألا يتجرد القانون من سياقه الاجتماعى ، بل قد يحتاج إلى مجموعة من الإجراءات التى تجعل من القانون سبيلا إلى الإصلاح الاجتماعى أكثر منه وسيلة للعقاب .



الخاتمة و النتائج



أولاً : الخاتمة

تعد هذه الدراسة محاولة متعمقة لرصد وتحليل ظاهرة انتشار المخدرات بين الشباب فى المجتمع المصرى ، وترجع أهميتها إلى أنها أولى الدراسات التى تتناول تحديد حجم المشكلة من خلال بيانات حقيقية وواقعية من السجلات الرسمية للجهات المسئولة عن مكافحة المخدرات فى مصر ، وأيضا تحديد الدوافع الاقتصادية والاجتماعية التى تقف وراء الظاهرة فى إطارها المجتمعى العام وفى ضوء هدف أساسى تسعى الدراسة إلى تحقيقه ، وهو تقديم استراتيجية مقترحة تحتوى على العديد من الأساليب والتوصيات التى يمكن أن تسهم فى القضاء على مشكلة انتشار المخدرات أو حتى التقليل من آثارها فى ضوء الخصوصية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع المصرى ، ولتحقيق ذلك الهدف فإن الدراسة تسعى إلى محاولة التعرف على الجوانب التالية :

١- الملامح العامة لمشكلة المخدرات محلياً وعالمياً .

٢- الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات .

٣- الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات .

٤- استراتيجيات مكافحة ظاهرة انتشار المخدرات محلياً وعالمياً .

٥- الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمدمنين .

٦- التصور المستقبلى المقترح لمكافحة مشكلة انتشار تعاطى الشباب للمخدرات.

وتمت صياغة عدد من التساؤلات تدور حول تلك الأهداف وتبرز مقاصدها من خلال الإجابة عليها ، ومن تلك التساؤلات :

١ - ما هى الملامح العامة لمشكلة المخدرات محلياً وعالمياً ؟

٢ - ما هى الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ؟

٣ - ما هى الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ؟

٤ - ما هى الاستراتيجيات المعمول به محلياً وعالمياً لمكافحة ظاهرة انتشار المخدرات ؟

وسوف نتناول فيما يلى عرضا لأهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فى ضوء هذه التساؤلات :

أولاً : الدوافع الاقتصادية والاجتماعية لتعاطى الشباب للمخدرات فى المجتمع المصرى :

مرت مصر بمجموعة من التحولات الاقتصادية والاجتماعية التى أصابت البنية الاجتماعية بأقسامها الثقافية والقيمية المختلفة .. ولما كانت هذه التحولات سريعة ومتلاحقة لم يستطع المجتمع المصرى استيعابها واحتواءها ، فنتج عنها آثار سلبية أصابت البنية الاجتماعية متمثلة فى نسق القيم الاجتماعية وطبيعة الشخصية المصرية ، وقد نجم عنها العديد من الظواهر السلبية كظاهرة تعاطى الشباب للمخدرات وظاهرة أطفال الشوارع وعمالة الطفل ، والعنف الأسرى ... الخ .

وترجع هذه التغيرات أيضا إلى التقدم الهائل فى تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وظاهرة العولمة ودورها فى جعل العالم قرية واحدة . كما أن ظاهرة انتشار المخدرات تنعكس على المجتمع الذى توجد فيه هذه الظاهرة ، وتبدو هذه المخاطر جسيمة إذا ما عرفنا أنها أصبحت أكثر انتشاراً بين أكثر الفئات العمرية حيوية وهى فئة الشباب .

وقد أفصحت الدراسة فى نتائجها عن تأثير الجوانب التالية فى حدوث المشكلة ومنها :

* الدوافع الاقتصادية .
* الدوافع الاجتماعية .
* الدوافع الشخصية .

وفيما يلى نتناول تلك العناصر على النحو التالى :

١- الدوافع الاقتصادية :

تنطوى ظاهرة تعاطى الشباب للمخدرات على دوافع عديدة منها ما هو اقتصادى ومنها ما هو اجتماعى ، ترتبط بالدوافع الشخصية التى تجعل الفرد مقبلاً على التعاطى أكثر من غيره . وفيما يلى بعض هذه الدوافع :

* **الفقر والبطالة :**

إذا كان الفقر يعد دافعاً رئيسياً نحو توجه الشباب إلى المخدرات ، كوسيلة يطرحها البعض لعلاج أوضاعه الاجتماعية المتردية ، باعتبارها حلاً فردياً فى غياب الحلول الجماعية ، فأن البطالة لا تقل أهمية لتأثيرها على زيادة معدلات التعاطى بين الشباب إلى الدرجة التى يمكن القول معها إن استمرار الفقر والبطالة يعنى استمرارا وتفاقما واضحا فى مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات . حيث يسهم الفقر من ناحية والبطالة من ناحية أخرى فى خلق المناخ المناسب والملاذ الفردى للهروب من المشكلات الاجتماعية الناجمة عن تدنى الأوضاع المعيشية ، ويعجز عن تحقيق الطموحات المختلفة بل واحتياج الحياة الأسرية كالعمل والزواج . وبالفعل أفصحت الدراسة الميدانية عن وجود ٦٨٪ من أفراد العينة يعملون أى عمل يحصلون منه على دخل تحت مسمى وظيفة رجل أعمال ، وفى الحقيقة هم حرفيون مؤقتون . أيضا هناك ٧٪ عاطلون تماماً لا يقومون بأى عمل . بينما ١٣٪ يعملون موظفين بالحكومة بمرتبات ضعيفة و١٢٪ غالباً يتدبرون مصروفات التعاطى بأى وسيلة مشروعة كانت أو غير مشروعة .

٢- الدوافع الاجتماعية :

أكد عدد كبير من الباحثين وجود ظروف مجتمعية دافعة للشباب نحو تعاطى وإدمان المخدرات .. أهمها :

العشوائيات :

أكدت كثير من البحوث الاجتماعية أن المناطق العشوائية تتأثر بالنصيب الأكبر من جرائم الانحراف خاصة جرائم السرقات والجرائم ذات الصلة بالمخدرات .

انخفاض مستوى المشاركة السياسية :

لأن المشاركة السياسية للشباب تنمى قدراتهم وتصقل شخصياتهم وتشغل أوقات فراغهم وتبعدهم عن تيار أصدقاء السوء وطريق اللهو والرذيلة والتردى فى بؤر التعاطى والإدمان .

وقد حدد علماء الاجتماع مجموعة أخرى من العوامل الدافعة للتعاطى أهمها :

الفئة العمرية ورفاق السوء :

تركزت أعمار العينة محل الدراسة فى المرحلة العمرية من ١٩ - ٣٠ سنة ، بدأوا جميعاً التدخين وهم فى سن المراهقة ، مما يدل على غياب دور الأسرة ، وحين لا تستطيع الأسرة إنجاز دورها بنجاح ، فإن العديد من أشكال انحطاط السلوك يصبح أمراً متوقعاً .

ويشير التراث العلمى بصفة عامة إلى وجود علاقة طردية قوية بين تعاطى الفرد للمخدرات وبين تعاطى أصدقائه . وتتضح تلك العلاقة من خلال الحقائق التالية :

- إن تعاطى الأصدقاء كنموذج للتعاطى يمثل نوعاً من تقبل التعاطى فى حد ذاته كسلوك مشروع ، والمشكلة تكمن فى أن التعاطى يرتبط بأفراد يكن لهم الشباب الاحترام والتقدير ، الأمر الذى يشجعهم على التعاطى .

- يلعب الأصدقاء دوراً مهماً سواء فى نقل المعلومة عن المخدر ، أو فى رؤيته لأول مرة . فالأصدقاء هم المصدر الأساسى للمعلومات المفصلة عن المخدر وأيضا عن كيفية تعاطيه .

- فى كثير من جماعات الرفاق لا يعد التعاطى أمراً مقبولاً فقط بل يصبح سلوكاً مطلوباً للاندماج مع الجماعة .

- تصبح جماعة الرفاق مهمة جداً حينما يتخذ الفرد قراره بتعاطى المخدر ويؤكد هذا أن نسبة من شجع على تعاطى المخدر من الأصدقاء فى عينة الدراسة بلغت ٨٢٪ ، بينما بلغت نسبة من شجع على التعاطى من الأقارب ٣٪ فقط ومن الزملاء ٢٪ ، ونتيجة دوافع شخصية لديه ١٠٪ .

من هنا يمارس الأصدقاء والرفاق دوراً رئيسياً فى عملية تعاطى المخدرات ، وتزيد تلك الأهمية إذ ما علمنا أن الموقف الاجتماعى للتعاطى لأول مرة قد وصف بأنه (جلسة أصحاب) فعضوية الفرد فى الجماعة تتيح له فرصة محاولة تجريب المخدر ، فضلاً عن وجود متعاطين آخرين بالفعل داخل الجماعة يشجعونه ، وأحيانا ما يدفعونه إلى التعاطى ، ويصبح التعاطى فى حد ذاته مفتاح الدخول فى عضوية الجماعة .

أيضا تلعب الأسرة دوراً مهماً فى وجود المخدر فى السنوات الأولى من حياة الفرد ، فقد أظهرت الدراسة أن نسبة لا يستهان بها من المتعاطين ذكرت أنهم رأوا المخدرات لأول مرة مع أحد أفراد الأسرة سواء كان ذلك الأب أو أحد الأخوة أو ربما أحد الأقارب أو المعارف المترددين على منزل الأسرة ، فإن هذه الرؤية المباشرة للمخدر فى سنوات الطفل الأولى مع أحد القارب تخلق نوعا من الألفة والاعتياد لدى الطفل على رؤية المخدر ، الأمر الذى ييسر له بعد ذلك التعامل معه .

أما فى بيئة المدرسة فيلعب الزملاء والأصدقاء دوراً مهماً فى وجود المخدر ، فزميل الدراسة أو العمل فى أحيان كثيرة يمثل المصدر الرئيسى للمعرفة عن المخدر والحصول عليه أيضا .

يؤكد هذا ما أفصحت عنه الدراسة الميدانية حيث تبين أن ٤٪ من إجمالى العينة قد بدأ تدخين السجائر قبل العاشرة ، بينما بدأ ٣٢٪ منهم التدخين فى المرحلة العمرية من ١٠ ١٥ سنة ، وبدأ ٥١٪- التدخين أيضا فى المرحلة العمرية ١٥ - ٢٠ سنة ، بينما بدأ ١٠٪ منهم فقط التدخين بعد العشرين ، أما ٣٪ منهم فلا يتذكرون متى بدأوا فى التدخين .

والملاحظات اليومية تفصح عن تنامى هذه الظاهرة واتساع نطاقها بين الأطفال وبشكل خاص فى مراحل المراهقة والسنوات اللاحقة لها ، ومن ثم يكثر انتشارها بين طلبة المدارس وأطفال الشوارع والأطفال العاملين .

وعلى الرغم مما للتدخين من مضار إلا أن وجود الكثير من الأطفال دون رعاية أسرية ومتابعة مستمرة ورقابة تعرضهم للانحراف وللمشاكل التى يعانى منها الأطفال فى مراحل عمرية مختلفة سواء فى الدراسة أو الحياة العامة ، والظروف الصعبة التى تجبر بعض الأسر إلى الدفع بأبنائها إلى مجالات العمل التى قد لا تتناسب مع أعمار الأطفال ، تساعد على انتشار هذه الظاهرة واتساع نطاقها بين الأطفال ، يضاف إلى ذلك سهولة الحصول عليها وعدم تجريمها واعتبارها أحياناً مصدراً للتسلية .

الدوافع الأسرية ومن أهم عناصرها :

* العلاقات الأسرية :

من المؤكد أن هناك علاقة بين استخدام المخدر والانفصال بين الوالدين ، فالشباب الذين يعيشون فى أسر متصدعة يكونون أكثر استخداماً للمخدرات من هؤلاء الشباب الذين يعيشون فى أسر متكاملة . كما أن الشباب الذين يعيشون مع الأم فقط ويتعاطون المخدرات ، يكونون أكثر تكراراً للتعاطى من هؤلاء الذين يعيشون مع الأب والأم . وقد أكد ذلك أفراد العينة حيث أقر ٢٧٪ منهم أن الأب متوفى ، وأن ١١٪ منهم انفصل الأب عن الأم ، و٦٪ سافر الأب إلى الخارج ، و٥٦٪ يعانون مشكلات متكررة مع الأسرة .

أيضا حين تكون صورة الأب مهتزة ، فالأم تتجه للسيطرة على حياة الأسرة فيصبح عدم الاستقرار النفسى والفراغ هو نتيجة التناقض الوجدانى ، وهذا الموقف يؤدى إلى خلق اتجاه سلبى أو اتجاه صبيانى لأطفال تلك الأسرة ، ويعتبر ذلك أحد الخصائص المشتركة للعديد من المدمنين . وقد أكد أفراد العينة أن ٢٨٪ منهم يعيشون مع الأم فقط .

كذلك تكون قسوة الأب على أبنائه سبباً فى تعاطى الأبناء للمخدر ، إذ ينظر إليه غالباً على أنه وسيلة لمقاومة السلطة الأبوية والمعايير الاجتماعية ، وأن العوامل المساهمة فى إساءة استخدام المخدر لا ترتبط فقط بالاستعداد النفسى بل هى أيضا امتداد قوى للبيئة الأبوية التى تخلق التعاطى . وقد أشار ٥٥٪ من أفراد عينة الدراسة إلى قسوة الأب المبالغ فيها ، وأنهم فضلوا عالم الإدمان عن عالم الأسرة .

العلاقات الأسرية إذن تعد دافعاً اجتماعياً قوياً ذا تأثير واضح على اندفاع الفرد نحو الإدمان ، وقد ربطت معظم الدراسات بين التعاطى والتفكك الأسرى ، اهتزاز شخصية الأب ، افتقاد العلاقة العاطفية بين الآباء والأبناء ، مقاومة السلطة الأبوية ، غير أن هذه الأسباب على هذا النحو ليست الدافع الوحيد لتعاطى الشباب للمخدرات .

* القدوة والمثل الأعلى :

عندما ينشأ المتعاطى فى أسرة يتعاطى فيها الآباء أمام الأبناء دون الشعور بالخجل ، فإن

هذا الموقف ينم عن التشجيع حيث كان بعض الآباء يستخدمون أبناءهم فى تجهيز جلسة التعاطى . وأحيانا يسمحون للصغير بتجربته ، وفى هذا تصريح واضح بالتعاطى لكونه سلوكاً اجتماعياً مقبولاً داخل الأسرة . وبالتالى فإن دخول الابن إلى عالم الإدمان يعد متوقعاً ، إذ أنه لم يجد القدوة والمثل الأعلى فى أسرته .

وقد أكد أفراد العينة الذين يعيشون فى أسر تتعاطى المخدرات أنهم كانوا يتعاطون المخدر مع أصدقاء السوء فى المنزل وأمام أعين الآباء الذين لم يجدوا فى ذلك سلوكاً شائناً . بل إن أحد أفراد العينة أكد أن والده كان يزرع البانجو فى بلكونة المنزل الواسعة .

وبصفة عامة فإن وجود نموذج التعاطى بين أفراد الأسرة له تأثير لا يمكن إغفاله فى تيسير تعلم الفرد لهذا السلوك ، وفى تبكير التعاطى ، ويعنى ذلك أن وجود النموذج يؤثر تأثيراً مزدوجاً إذ يصحبه أولاً احتمال أن يصبح الابن متعاطياً ويصحبه كذلك احتمال أن يبدأ التعاطى فى سن مبكرة نسبياً بالنسبة للآخرين الذين لم يشهدوا نموذجاً للتعاطى فى أسرهم .

*** تأخر سن الزواج :**

أيضا ينبغى ألا نغفل أن البطالة كسبب لضعف القدرة الاقتصادية أدى إلى تأخر سن الزواج ، مما ترتب عليه مشكلات وأضرار كثيرة لعل من أهمها انتشار تعاطى المخدرات . حيث يؤكد الباحث أن من أهم أشكال الانحراف التى يمكن أن تدفع إليها البطالة هى السرقة وتعاطى الخمور والمخدرات بكافة أشكالها ، والاغتصاب ، وتطرف السلوك الدينى ، والانحرافات الجنسية ، ولعب القمار ، وممارسة الرذيلة ، الابتعاد عن العبادات الدينية .

وتؤكد الدراسة الميدانية أن ٥٩٪ من أفراد العينة غير متزوجين ٢١٪ منهم فقط متزوجون ويعانون مشاكل كثيرة مع أسرهم بسبب عدم الإنفاق ، كما أن من بين أفراد العينة ٩٪ طلقوا أكثر من مرة بسبب مشاكل اقتصادية وبسبب تفضيل الإنفاق على المخدر والأصدقاء .

الزخم الإعلامى :

يعتبر الإعلام المرئى من أهم الوسائل الإعلامية فى حياة الأفراد فقد وصل تأثير

التلفزيون مثلاً إلى كل جزء فى المجتمع ، ومع ذلك فقد أكدت مفردات العينة أن مصدر معلوماتهم عن المخدرات جاء عبر التلفزيون بنسبة ١٤٪ ، بينما أكد ٤١٪ منهم أن ما يعرض فى وسائل الإعلام المرئية لا يمت بصلة لواقع المخدرات إطلاقاً ولا يعبر عن عالمها الحقيقى . بينما أكد ١٩٪ من أفراد العينة أنهم يرغبون فى تعاطى المخدر من رؤيتهم للإعلام المرئى ويرى ١٨٪ منهم أن ما يقدمه التلفزيون عن المخدرات هو هدر للوقت ولا فائدة منه .

بالرغم من هذه الآراء إلا أنه يمكن تحويل هذا الجانب السلبى منها إلى جانب إيجابى وتوظيف إمكانات الإعلام المرئى فى تقديم صور متنوعة للآثار السلبية للتعاطى على الفرد وتوعية الأفراد بمخاطر هذه المواد من خلال ما تمتلكه هذه الوسائل من تقنيات حديثة وفنية من قدرة على التأثير فى المشاهد وجذب انتباهه لأبعاد المشكلة وأسباب حدوثها ، ويكتمل تأثير هذه الوسائل إذا تم التنسيق بينها وبين المؤسسات التعليمية والتربوية والأسرة وإعطاء مساحة ملائمة من حيز البرامج لمناقشة هذه المشكلة والاستعانة بخبراء لهم خبرة فى إقناع المشاهد بمساوئ التعاطى . أيضا عدم تقديم نماذج كونت الثروات وحققت الطموحات المادية من خلال تجارة المخدرات دون أن تتلقى الجزاء المناسب .

ودخلت أيضا الشبكة العالمية للمعلومات " الإنترنت " لتقديم العديد من المعلومات والأفكار المثيرة حول المخدرات وطرق صنعها وتناولها . وهذه الشبكة تخترق كل الحدود وتتحدى القيود المفروضة على نشر المعلومات التى تتعلق بالجانب الوقائى من المخدرات والتوعية بأضرارها .

وقد أكد أحد أفراد العينة أنه أنشأ موقعاً خاصاً بالمدمنين على شبكة "الإنترنت" لا يدخله غيرهم ، يتبادلون فيه الآراء عن نتائج خلط المخدرات ، وكيفية تعاطى أكثر من مخدر دون مشكلات . وأوضح أيضا أن هناك مواقع أخرى تتناول نفس الموضوعات .

ثانياً : الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات :

قبل أن نخوض فى الكشف عن الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب

للمخدرات ، كان لزاما علينا تحديد حجم المشكلة لمعرفة مدى العبء الذى فرضته على الاقتصاد المصرى الذى يئن أصلاً تحت وطأة ضغوط أخرى ومشكلات جسيمة وأيضا مدى انعكاس هذه الآثار على الفرد والأسرة والمجتمع .

ولتحديد حجم المشكلة كان لابد من اللجوء إلى محورين هامين :

*** المحور الأول : تحليل البيانات الإحصائية الخاصة بعدد قضايا المخدرات والمتهمين فيها فى الفترة من (١٩٩١ - ٢٠٠٠) :**

وقد اتضح أن نسبة المضبوطين فى قضايا التعاطى يشكلون أكثر من ٧٥٪ من إجمالى المضبوطين فى قضايا المخدرات . كما اتضح أنه فى عام ١٩٩٨ بلغت نسبة قرارات الحفظ ٢٢,٥٪ بينما بلغت نسبة أحكام البراءة ٥٣,٣٪ من إجمالى عدد القضايا ، وأحكام الإدانة ٢٤,٢٪ ، وأن عدد المحكوم عليهم بالإعدام منذ صدور القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ حتى الآن ٩٧ محكوماً عليه بالإعدام . وقد بلغ عدد من نفذ فيهم حكم الإعدام ١٤ شخصاً فقط على مدى أكثر من أربعين عاماً .. ويمثل هذا عاملاً سلبياً جديداً يضاف إلى أسباب الظاهرة .

*** المحور الثانى : تحليل البيانات الإحصائية الخاصة بمضبوطات المخدرات فى الفترة (١٩٩١ - ٢٠٠٠) :**

يمكننا هذا العرض من التعرف على الحجم الحقيقى لهذه المشكلة وأيضاً التعرف على أنواع المواد المخدرة الأكثر شيوعاً فى كل فترة زمنية وكذا التعرف على الأنواع الجديدة منها والتى تظهر بالأسواق وتعكس الأنماط الحديثة لأمزجة النشء والشباب واتجاهاتهم ، حيث كان الحشيش هو المخدر السائد فى مصر حتى نهاية الثمانينات باعتباره أول مخدر عرفته السوق المصرية تقريباً . كما أن حجم الطلب عليه يأتى من طبقات اجتماعية وثقافية واقتصادية مختلفة بالإضافة إلى رخص ثمنه بالنسبة لباقى المخدرات .

فنجد أنه قد تم ضبط ١٠٧٢٦ كيلو جراما عام ١٩٩١ ثم يواصل هذا المخدر التراجع عاماً بعد آخر حتى يصل حجم المضبوط عام ٢٠٠٠ إلى ٥٢٥ كيلو جراما فقط .

أيضا تراجعت تجارة الأفيون مع بداية التسعينيات حيث تم ضبط ٥٠ كيلو جراما من مخدر الأفيون عام ١٩٩١ وظلت الكميات المضبوطة تتذبذب هبوطاً وصعوداً حتى وصلت عام ٢٠٠٠ إلى ٧٥ كيلو جراما .

أما مخدر الهيروين فقد عرف طريقه إلى السوق المصرية اعتبارا من عام ١٩٨٢ ، حيث تم ضبط نصف كيلو جرام تقريباً ، ثم واصل الارتفاع إلى أن تم ضبط أكبر كمية منه فى تاريخ المكافحة عام ١٩٨٣ ، حيث تم ضبط ما يقرب من ٢٤٣ كيلو جراما ، ثم تذبذبت كميات ضبطه هبوطاً وصعوداً حتى عام ١٩٨٦ بضبط ٩٩ كيلو جراما تقريباً ، وانحسر مخدر الهيروين تماماً بعد ذلك حتى عاود الظهور مرة أخرى عام ١٩٩١ حيث تم ضبط ٨٦ كيلو جراما منه ، ثم عاود الهبوط حتى تم ضبط ٣٧ كيلو جراما منه عام ٢٠٠٠ . ثم بدأ مخدر البانجو يظهر فى السوق المصرية ويستحوذ على غالبيته .

أما الكوكايين فهو من المخدرات محدودة الانتشار لارتفاع سعره بصورة تفوق قدرة الجميع . فبعد غياب فترة طويلة عاد إلى الأسواق عام ١٩٩١ وتم ضبط نصف كيلو جرام منه ، واختفى فترة ثم عاود الصعود والهبوط فى كمياته المضبوطة حتى شهد سوق الاتجار غير المشروع للمخدرات فى مصر عام ٢٠٠٠ اختراقاً جديداً للكوكايين ، ثم ضبط ١٤,٣ كيلو جرام منه وهو ما يشير إلى أن عصابات جلب المخدرات لا تهدأ ولا تيأس من محاولات إغراق البلاد بأى نوع من أنواع المخدرات ، إذا ما سنحت لها الفرصة .

أما مخدر البانجو فقد احتل مكانة متميزة متقدماً جميع أنواع المخدرات فى السوق المصرية ، ففى عام ١٩٩١ تم ضبط ٣٠ كيلو جراما منه وظل يتصاعد حتى وصل حجم المضبوط عام ٢٠٠٠ إلى ٣٠٣٩٨ كيلو جراما . وهو الأمر الذى يبرز التناقص الملحوظ فى الكميات المضبوطة من المواد المخدرة الأخرى خلال النصف الثانى من التسعينات ، وهو المخدر الأخطر والأشد فتكا بالشباب لكثرة زراعته فى مصر ورخص سعره وسهولة الحصول عليه .

وتعتبر العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية هى البدائل الموجودة لكثير من المواد المخدرة الأخرى ، وهى موجودة منذ زمن طويل بسوق الاتجار المصرية وسهولة الحصول عليها

ورخص الثمن . كما أن الكثير منها غير مدرج فى جداول العقاقير المخدرة ، وقد تم ضبط ٥٨ ألف قرص منها عام ١٩٩١ وظلت تتذبذب هبوطاً وصعوداً حول هذا الرقم حتى تم ضبط ٥٧ ألف قرص عام ٢٠٠٠ .

وفى معظم سنوات الفترة محل الدراسة توافرت طوابع عقار الـ L.S.D المهلوسة وقد تم ضبط عدد ١٠٣٧ طابعا عام ١٩٩٢ وظلت تتراجع حتى ظهر فى الأسواق عقار جديد عرف باسم أقراص الإكستازى ، ضبط منها عام ٢٠٠٠ عدد ٣٣٧٢ قرصاً مما يؤكد أن التناقص فى حجم المضبوطات من الأقراص المؤثرة على الحالة النفسية غالباً ما يستتبعه زيادة فى حجم المضبوط من بدائل المخدرات الجديدة مثل أقراص الإكستازى .

أيضا يلاحظ أن سائل الماكستون فورت موجود دائما فى سوق الاتجار غير المشروع منذ وقت طويل ، ففى عام ١٩٩١ تم ضبط ٥٣٦٤٣٠ سنتيمترا مكعبا من الماكستون فورت وظل يتذبذب صعوداً وهبوطاً خلال الفترة محل الدراسة حتى وصل حجم المضبوط منه عام ٢٠٠٠ إلى ١١٦٥٠ سنتيمترا مكعبا ، وهذا النقص الشديد يعادله ارتفاع رهيب لمخدر البانجو فى سوق المخدرات المصرى .

ويرى الباحث أن هذه الكميات تعد مؤشراً خطيراً يعكس حجم انتشار ظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات ، لأن ما يضبط دائماً وعلى أكثر تقدير لا يمثل سوى ١٠٪ فقط من حجم المعروض من المواد المخدرة فى أى بلد كما سبق وأن ذكرنا .

أيضاً تم حصر حجم ما تم ضبطه من زراعات المخدرات (القنب والخشخاش) لما لهذا المؤشر من أهمية ، إذ أن انتشار الزراعات المخدرة فى محافظات مصر أمر يهدد الكيان الاقتصادى والاجتماعى والصحى للمجتمع ويدفعها إلى صفوف البلاد المنتجة للمخدرات المصنعة والمرصودة دولياً . وهو الأمر الذى يحتاج إلى مواجهة حقيقية وحلول غير تقليدية حفاظاً على التربة الخصبة النقية ومستقبل الأجيال القادمة خاصة من النشء والشباب .

ففى عام ١٩٩١ تم ضبط ٤٢ ألف كيلو جرام زراعات قنب (من خمسة أفدنه) ثم

ظلت تتذبذب هبوطاً وصعوداً حتى وصل المضبوط عام ٢٠٠٠ إلى ٥ ملايين كيلو جرام . بينما هبطت زراعات الأفيون من ١٠٧٨٤ كيلو جراما عام ١٩٩١ حتى وصلت إلى ٥٧٥٢ كيلو جراما عام ٢٠٠٠ .

أما المبحث الثانى من الفصل الثالث الذى تناول الخسائر المادية والبشرية لظاهرة تعاطى المخدرات على المجتمع ، فكان من أهم ما قدمته هذه الدراسة ، حيث تعتبر المرة الأولى التى تتناول فيها إحدى الدراسات حساب مجموع التكاليف التى يتكبدها المجتمع من جراء إدمان وتعاطى المخدرات وذلك كما يلى :

نظراً لأن حجم المخدرات المضبوطة فى سوق الاتجار غير المشروع لا يمثل سوى ١٠٪ من حجم كميات المواد المخدرة ، فقد درج كثير من الباحثين والمهتمين بمشكلة المخدرات على احتساب كميات المخدرات المضبوطة على أنها عشر حجم المخدرات المتداولة باعتبار أن هذه النسبة هى المتعارف عليها دولياً .

وعلى ذلك فقد تم ضرب الكميات المضبوطة سنوياً × عشرة للحصول على حجم الكميات المتداولة فى الأسواق من كل نوع من أنواع المخدرات على حده . بعد ذلك تم تحديد متوسط سعر كل مخدر على حدة لكل عام من سنوات الفترة محل الدراسة . ثم قمنا بضرب إجمالى الكمية المضبوطة لكل عام × متوسط السعر لهذه الفترة وكان الناتج هو تكلفة المخدر لذلك العام . وهكذا حسبنا تكلفة كل مخدر فى كل عام حتى نصل إلى إجمالى الإنفاق السنوى على المخدرات . وقد استخلصنا فى النهاية إجمالى قيمة المواد المخدرة المتداولة فى سوق الاتجار غير المشروع فى ج.م.ع خلال الفترة من (١٩٩١ - ٢٠٠٠) كما يلى :

فى عام ١٩٩١ تم إنفاق مليار وستمائة وثلاثة وستون مليوناً وأربعمائة وثمانية وستون ألفاً ومائة وثمانون جنيها مصرياً [١,٦٦٣,٤٦٨,١٨٠ جنيه] .

وفى عام ١٩٩٢ تم إنفاق مليارين ومائتين وواحد مليون ومائتين وثمانية وأربعين ألفاً ومائة وعشرة جنيهات مصرية [٢,٢٠١,٢٤٨,١١٠ جنيه] .

وفى العام التالى ١٩٩٣ تم إنفاق أربعة وعشرين مليارا ومائتين واثنتين وتسعين مليونا ومائتان وواحد وعشرين ألفا وخمسمائة وثمانين جنيها [٢٤,٢٩٢,٢٢١,٥٨٠ جنيه] .

وفى عام ١٩٩٤ تم إنفاق ستة وثلاثين ملياراً وثمانمائة وأربعة وثلاثين مليوناً وتسعمائة وخمسة وتسعين ألفاً وعشرين جنيها [٣٦,٨٣٤,٩٩٥,٠٢٠ جنيه] .

وفى عام ١٩٩٥ تم إنفاق سبعة عشر ملياراً واثنى عشر مليوناً وثمانمائة واثنين وثمانون ألفاً وثمانمائة جنيه [١٧,٠١٢,٨٨٢,٨٠٠ جنيه] .

وفى عام ١٩٩٦ تم إنفاق أربعة وأربعين ملياراً وخمسمائة وأربعة وثلاثين مليوناً ومائة وأربعة وثلاثين ألفاً ومائة وسبعين جنيها [٤٤,٥٣٤,١٣٤,١٧٠ جنيه] .

وفى عام ١٩٩٧ تم إنفاق خمسة عشر ملياراً وتسعمائة وثلاثة وسبعين مليوناً وثلاثمائة وتسعة عشر ألفاً وسبعمائة وأربعين جنيها [١٥,٩٧٣,٣١٩,٧٤٠ جنيه] .

وفى عام ١٩٩٨ تم إنفاق سبعة مليارات وثمانمائة وثمانية وأربعين مليوناً وتسعمائة وأحد عشر ألفاً ومائة وتسعين جنيها [٧,٨٤٨,٩١١,١٩٠ جنيه] .

وفى ١٩٩٩ تم إنفاق عشرين ملياراً وتسعمائة وأربعة وسبعين مليوناً وسبعمائة واثنا عشر ألف جنيه [٢٠,٩٧٤,٧١٢,٠٠٠ جنيه] .

وفى عام ٢٠٠٠ تم إنفاق ستة عشر ملياراً وأربعمائة وسبعة وأربعين مليوناً ومائتان وسبعة وعشرين ألفاً وخمسمائة وثمانين جنيها [١٦,٤٤٧,٢٢٧,٥٨٠ جنيه] .

من هذه البيانات نجد أن هناك قفزه مذهلة بداية من عام ١٩٩٣ وهى بداية انتشار زراعات القنب والخشخاش فى مصر ، وهو الأمر الذى أدى إلى زيادة حجم الإنفاق على المخدرات إلى أربعة وعشرين ملياراً عام ٩٣ ثم إلى ما يقرب من سبعة وثلاثين ملياراً فى عام ١٩٩٤ وفى النهاية انخفض عام ٢٠٠٠ ليصل إلى حوالى ستة عشر ملياراً من الجنيهات ، بعد جهود مضنية من أجهزة المكافحة .

ثالثاً : التكاليف الاجتماعية :

أما التكاليف الاجتماعية فهى تلك التكاليف التى لو وفرنا جزءاً منها لأسفرت عن موارد تتاح لبقية المجتمع لاستخدامها فى أغراض استهلاكية أخرى ، مثلاً يؤدى تخفيض تكاليف الرعاية الصحية العامة إلى توفير موارد يمكن الاستفادة منها فى ميادين أخرى للإنفاق الحكومى ومنها :

- تكاليف مكافحة الجريمة ، كتكاليف حفظ الأمن والتحقيق وإجراءات التعاطى وتنفيذ العقوبات .

- تكاليف الرعاية الصحية كتكاليف الطب النفسى والتمريض والمستشفيات والدواء.

- تكاليف الإنتاج ، وتشمل الخسائر الإنتاجية والغياب عن العمل وفقد المهارة .

هذا فيما يتعلق بالآثار الاقتصادية على المجتمع ، أما الآثار المترتبة على تعاطى الشباب للمخدرات ، فقد ركزت الدراسة على عدة محاور هى :

- حجم الظاهرة بين الشباب (الشباب والمخدرات) .
- الهدر الاجتماعى للطاقة والقدرة للمدمن .
- الموقف من العمل أو الدراسة للمدمن .
- المتعاطون والمجتمع .
- المتعاطون والأسرة .

١- الشباب والمخدرات :

وتركز محتواها فى عدة نقاط :

- احتل مخدر البانجو نسبة بلغت ٧٠,١٧٪ من قضايا المخدرات فى عدد ١٥٥٩١ قضية ، واحتلت المواد المؤثرة على الحالة النفسية ١٠,٢٪ من إجمالى القضايا وعددها ٢٢٦٠ قضية ، أما قضايا الهيروين والتى تضاءلت بشكل ملحوظ لتصل نسبتها إلى

٦,٢٧٪ بإجمالى عدد قضايا ١٢٣٣ ، بينما شكلت قضايا الحشيش ٩٤٢ قضية أى بنسبة ٤,٥٪ من إجمالى قضايا المخدرات .

- أن المتهمين فى الفئة العمرية من ١٨ وحتى ٣٠ سنه بلغت نسبتهم بين المتهمين ٥٣٪ من إجمالى المتهمين البالغ عددهم ٢٧٣١٢ متهما . ويعكس ذلك تركيز مشكلات التعاطى والإدمان فى المراحل العمرية المبكرة بالرغم من أهمية هذه المرحلة فى حياة المجتمعات .

٢- الهدر الاجتماعى للطاقة والقدرة :

- بالرغم من أن العلاج البدنى فى المصحات الحكومية يكلف ٤٠٠ جنيه كل عشرة أيام إلا أن هذه الفترة تعتبر محدودة وغير كافية لتجاوز المدمن محنته بالإضافة إلى افتقار المستشفيات إلى البرامج النفسية الملائمة لمواجهة الحالات التى تتردد عليها ، لذلك ترتفع نسبة من يعودون للمخدر مرة أخرى ممن أرادوا الإقلاع عن التعاطى من أفراد العينة .

- أن من تقدم للعلاج ودخل المستشفى مرة واحدة كان عددهم ٣٠ شخصاً أى بنسبة ٣٠٪ من إجمالى العينة .

- إن من تقدم للعلاج ودخل المستشفى مرتين كان عددهم ٢٨ شخصاً أى ٢٨٪ من أفراد العينة .

- إن من تقدم للعلاج ودخل المستشفى ثلاث مرات كان عددهم ١٧ شخصاً أى بنسبة ١٧٪ من إجمالى العينة .

- إن من تقدم للعلاج ودخل المستشفى أربع مرات كان عددهم ١٤ شخصاً أى بنسبة ١٤٪ من إجمالى العينة .

- إن من تقدم للعلاج ودخل المستشفى أكثر من ذلك ١١ شخصاً أى بنسبة ١١٪ .

وفى هذا فاقد مادى ونفسى وإنسانى للطاقة يبلغ مداه عندما يضاف إلى تكلفة المرات المتعددة لدخول المستشفى وتكلفة التعاطى المادية للإنفاق على المخدرات .

ويتضح أيضا من الدراسة الميدانية أن تفاوت المبالغ المنفقة على المخدر يومياً تشكل عبئاً شديداً ، فعدد ٤٪ من العينة ينفقون أقل من عشرة جنيهات و٧٪ ينفقون من ١٠ - ١٥ جنيها و١٠٪ ينفقون من ٢٠ - ٢٥ جنيها و١٢٪ ينفقون من ٢٥ - ٣٠ جنيها و٥٪ ينفقون من ٣٠ - ٣٥ جنيها و١٥٪ ينفقون من ٣٥ - ٤٠ جنيها و٢٠٪ ينفقون من ٤٠ - ٤٥ جنيها ، وأخيراً فإن ١٥٪ من أفراد العينة ينفقون أكثر من ٤٥ جنيهاً على المخدرات يومياً .

بطبيعة الحال تشكل هذه المبالغ التى تنفق يومياً على المخدر عبئاً مزدوجاً فى ضرره على دخل الشخص وصحته إذا كان يعمل ، وعلى الأسرة إذا كان الشخص معالا ، وكأنما يتحمل المدمن تكلفة إلحاق الضرر بنفسه أو بأسرته .

وفى الدراسة المتعمقة مع الأفراد قال أحدهم (لو مفيش مخدر أحس إنى مجنون وأسال صاحبى عن مخدر وإذا ما كانش معاه أعمل أى شىء علشان أدبر ثمن البانجو) ، وبطبيعة الحال فإن هذا التصرف من أجل الحصول على المخدر ربما يكون مشروعاً أو غير مشروع .

٣- الموقف من العمل والدراسة :

من المؤكد أن ما يحدثه الإدمان فى الفرد من متاعب صحية تفقده القدرة على الانتظام فى العمل وفى مناشط الحياة اليومية ، كما أن اعتياد الأفراد للمخدر يصيب الجسم بالعجز إذا فقد تأثير المخدر ، ولذلك فغالباً ما يتكرر غياب المدمن عن العمل أو الدراسة أو حتى التأخر عن الوصول إلى العمل . ففى الجدول الخاص بتوضيح المشكلات التى ترتبت على الإدمان فى مجال الدراسة لأفراد العينة كان كما يلى :

- أن ٧٧٪ من أفراد العينة تكرر رسوبهم فى الجامعة ، و١٢٪ فصلوا نهائياً من كلياتهم ، و١١٪ أعيد قيدهم . هذا بالإضافة إلى الانحرافات السلوكية مثل الشجار مع الزملاء والطرد من قاعة الدرس والاعتداء بالضرب على الزملاء والأساتذة ، أيضا الانحراف فى مجال الحياة الأسرية ، ومنها الشجار مع أفراد الأسرة والهروب من المنزل والسرقة .

٤- المتعاطون والمجتمع :

تشير الدراسة التى نحن بصددها إلى أن أفراد المجتمع يبادلون المدمن بعض مشاعره ، فمن الطبيعى أن ينظر المجتمع للمدمن نظره احتقار لخروج المتعاطى عن إطار قيم المجتمع وتدميره لنفسه وانفصاله نفسياً عن أسرته وعن مجتمعه وغياب عقله وتحطيمه لنفسه . فقد اتضح من جدول رأى أفراد العينة فى نظرة المجتمع إلى المدمن :

- أن ٥٩٪ من أفراد العينة يقرون أن المجتمع ينظر إليهم باحتقار بينما يرى ٢٣٪ منهم أن المجتمع ينظر لهم على أنهم مرضى ويحتاجون للعلاج ، و٨١٪ ينظرون له على أنه شخص عادى خانته الظروف .

ونرى أن تغيير نظرة المجتمع إلى المدمن واعتباره مريضاً يحتاج للعلاج ضرورية حتى يمكن إدماجه مرة أخرى فى المجتمع والأسرة حتى لا يرتد إلى الخدر ، وذلك باعتبار أن الإدمان قضية اجتماعية تتشابك أطرافها وتتطلب تحقيق درجات من الاستقرار الاجتماعى للأسرة حتى ينعكس ذلك بدوره على الأفراد ، ومواجهة العوامل المباشرة وغير المباشرة التى تؤدى إلى انتشار هذه الظاهرة كالتفكك الأسرى وضعف الوازع الدينى وتزايد حدة البطالة بين الشباب المتعلم .

٥- المتعاطون والأسرة :

يكشف تحليل تاريخ الحياة الأسرية للمدمنين عن أحداث وخبرات وظروف تنشئة أصابت بناء الشخصية لديهم ، ومن هذه الخبرات العقاب البدنى القاسى ، والخبرات غير السعيدة فى الطفولة ، والرفض الوالدى ، والتدليل الزائد أو الحرمان المبالغ فيه ومن ناحية أخرى فإننا نجد الكثير من الحالات التى تعيش فى سياق أسرى مستقر ، لكنهم يتعرضون لمؤثرات أخرى مستهم فى انحرافهم مثل الزخم الإعلامى الهائل ، والتطلعات التى تشكلها ثقافة الاستهلاك والفجوة بين الدخول والتطلعات وأشكال الحرمان المختلفة ، حيث حاصرت هذه المؤثرات الأسرة وأفقدتها القدرة على التأثير على أبنائها . كما أنه لم تعد الأسرة المصدر الرئيسى لتشكيل القيم بل انتزعت منها هذه المؤثرات تلك الوظيفة

المهمة وأصبح انتماء الشباب لجماعات الرفاق والأصدقاء ، وانشغل الآباء في السعى المستمر لتحقيق بعض جوانب الطموح المادى، فقدموا بذلك لأبنائهم مقومات انحرافهم من خلال الإغداق عليهم دون وعى منهم .

وجدير بالذكر أن معظم حالات الدراسة التى نحن بصددها قادها الرفاق والأقران إلى منعطف الإدمان . كما يتضح من جدول الظروف التى تدفع الشباب إلى تعاطى المخدرات أو ملابسات التعاطى . فقد اتضح أن :

- ٣٧٪ من أفراد العينة أدمنوا بسبب الأصدقاء والرفاق ، بينما أدمن ٢٢٪ منهم بسبب حب الاستطلاع (التجربة) وأدمن ١٤٪ منهم بسبب الشعور بالفراغ و٢١٪ منهم بسبب كثرة المشكلات الأسرية و٦٪ منهم بسبب الرغبة فى الهروب من الواقع .

وأخيراً يجدر بنا أن نؤكد أن الآثار التى تترتب على إدمان أحد الأبناء تنعكس على الأسرة واستقرارها وما يصيبها من قلق وبشكل خاص عندما تفاجأ بالمشكلة، وتزداد حدة المشكلة إذا كان المتعاطى متزوجاً ومسئولاً عن أسرة تضم زوجة وأبناء حيث ينصرف عن رعايتهم ويصبح صورة مهزوزة داخل الأسرة ويصعب عليه الإنفاق عليها ، وما تلبث الأسرة أن تنهار وبالتالى يحدث الخلل فى المجتمع نفسه .

رابعاً : الجهود المحلية والدولية لمكافحة ظاهرة المخدرات :

للتعرف على الجهود المحلية والدولية فى مكافحة ظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات كان لابد من التطرق إليها من خلال جهود المكافحة على النحو التالى :

١- المكافحة و الجهود المحلية :

المكافحة هى تلك الجهود التى تركز على نوعين من الأنشطة ، يطلق على النوع الأول اسم مكافحة العرض ، وهى الجهود التى ترمى إلى مكافحة التهريب والتصنيع والزراعة والاتجار والتوزيع والحيازة غير المشروعة للمواد المخدرة . ويطلق على النوع الثانى إجراءات خفض الطلب ، وهى كل تلك السياسات والإجراءات التى تستهدف خفض رغبات المستهلكين وجهودهم فى سبيل الحصول على المواد المخدرة إلى أدنى درجة ممكنة . وأن هذا

التقسيم يقوم أساسا على افتراض أن المخدرات سلعة كسائر السلع يخضع التعامل فيها للعوامل التى تحكم العلاقة بين العرض والطلب .

أ - مكافحة العرض :

وتقوم هذه المكافحة فى معظم أنحاء العالم على دعائم ثلاث وهى :

المكافحة الأمنية - القانون - المشاركة فى الاتفاقيات الدولية .

أما المكافحة الأمنية فتقوم بالتخطيط لمطاردة المخدرات أينما كانت وتعقبها داخل الوطن وعلى حدوده وتمثلها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات فى مصر التى تقوم بالتنسيق مع قوات حرس الحدود ومصلحة الجمارك ووزارة الصحة والشئون الاجتماعية . ويدخل فى نطاق مسئوليتها التنسيق مع الأجهزة المعنية بمكافحة المخدرات بالأمم المتحدة والأنتربول .

أما القانون : فهو بكل تأكيد احدى الوسائل الهامة فى مكافحة مشكلة المخدرات والتصدى لها ، وقد صدر أول تشريع مصرى لمكافحة المخدرات عام ١٨٧٩ ومنذ ذلك التاريخ توالت التشريعات لكى تتسق مع واقع التغيير فى طبيعة المشكلة .

وأخيراً الاتفاقيات الدولية وهى الدعامة التالية فى مجال مكافحة العرض ، ويعتبر من أهم الاتفاقيات فى هذه الصدد ، الاتفاقية الوحيدة للمخدرات الصادرة عام ١٩٦١ إضافة إلى اتفاقيات أخرى مثل اتفاقية الأمم المتحدة للمؤثرات العقلية سنة ١٩٧١ ، واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع فى المخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨١ .

ب - خفض الطلب :

ولهذا النوع من المكافحة أيضا ثلاثة عناصر هى : الوقاية - العلاج - إعادة التأهيل .

وتجرى الوقاية فى ج.م.ع على عدة مستويات من أهمها :

- توضيح أبعاد الموقف الاجتماعى والآثار المترتبة على تعاطى المخدرات ، وفى هذا النطاق يتم تأسيس اتجاهات مضادة لتعاطى المخدرات على مستوى كافة أجهزة الدولة .

- تأسيس البرامج العلاجية سواء من خلال تطوير وعيهم بخطورة الاستمرار فى

التعاطى أو إرشادهم إلى أفضل السبل للتخلص من التعاطى والإدمان .

- الاهتمام بإجراء الدراسات المسحية على مختلف فئات النشء والشباب وفى السياقات الاجتماعية المستهدفة .

- إشراك كافة أجهزة الدولة ذات الصلة بالظاهرة موضوع الدراسة فى المكافحة بدءاً من تلاميذ الحضانة حتى طلبة الجامعات وبكل السبل المتاحة .

أما العلاج فيتضمن العديد من الإجراءات الطبية مثل :

- إسعاف بعض حالات التسمم المرضية التى تصيب صاحبها بنوبة عنف واضح .

- الاستعداد بكل التجهيزات والأدوية التى من شأنها سحب المخدر من الجسم .

- أن يحوى العلاج المتكامل مكوناته الأساسية وهى : العلاج الطبى - العلاج النفسى - العلاج الاجتماعى ويطلق عليه الرعاية اللاحقة واعادة الاستيعاب الاجتماعى .

أما العنصر الثالث وهو التأهيل ، فيتضمن :

تسهيل إعادة المدمن إلى المجتمع الذى يعيش فيه وإعادة الاستيعاب الاجتماعى له ولذلك أساليب عدة تكمن فى :

- العودة بالمدمن إلى مستوى مقبول من الأداء الاجتماعى الذى يؤهله لاستيعاب المجتمع الذى يعيش فيه والتأقلم على الأدوار الاجتماعية التى عليه أن يؤديها .

- لا يجوز النظر إلى عملية إعادة الاستيعاب هذه باستخفاف على أساس أنها تتم بصورة تلقائية ، فهذا من شأنه أن يساعد على زيادة فرص الانتكاس أى رجوع المدمن الناقه إلى ما كان عليه قبل العلاج .

- الاستفادة من تجارب الآخرين فى مجالات التأهيل قبل تجربة المؤسسات الموجهة للعناية بإعادة الاستيعاب والتى تعتبر نموذجاً مصغراً للحياة الاجتماعية العريضة .

٢- المكافحة والجهود الدولية :

لما كانت أغلب مجتمعات العالم تعانى من مشكلة المخدرات وتتضرر من آثارها ، فإن

الاهتمام العالمى بها أصبح يمس كافة الدول والبلدان . وتعبيراً عن هذا الاهتمام صدرت العديد من الاتفاقيات ووضعت السياسات الدولية التى تسعى إلى مكافحة ظاهرة المخدرات على النحو التالى :

أ - الاتفاقيات الدولية :

من أهم هذه الاتفاقيات ، اتفاقية الأمم المتحدة لعام ١٩٦١ ، ١٩٧١ ، ١٩٨٨ وقد أكدت اتفاقية الأمم المتحدة لعام ١٩٦١ على :

- المساعدة التقنية العالمية فى مجال مراقبة المخدرات فضلاً عن ضرورة مشاركة المنظمة الدولية للشرطة الجنائية فى تنفيذ مشاريع المساعدة التقنية .

- مساعدة المدمنين فى كافة دول العالم فى المستشفيات فى جو خال من المخدرات هو من أنجح وسائل المعالجة .

- مطاردة التجار الدوليين المسجلين فى السجلات الفنية للمنظمة الدولية للشرطة الجنائية ، وناشد القرار الدول المشاركة باستكمال هذه السجلات قدر الإمكان .

أما اتفاقية عام ١٩٧١ فقد أكدت على :

- ضرورة تطبيق - بصفة مؤقتة - التدابير الرقابية على المؤثرات العقلية .

- تركيز البحوث على المواد الأمفيتامينية التى هى أكثر المواد عرضة لإساءة الاستخدام.

وبالنسبة لاتفاقية عام ١٩٨٨ فقد نبهت دول العالم إلى جسامة المشكلة وازدياد حدتها بشكل يدعو للقلق وإلى انخراط الأطفال فى ترويج المخدرات ، وقد أكدت الاتفاقية على عدة نقاط منها :

- أن الاتجار غير المشروع يدر أرباحاً وثروات طائلة تمكن المنظمات الإجرامية عبر الوطنية من اختراق وتلويث وإفساد هياكل الحكومات والمؤسسات

التجارية والمالية المشروعة والمجتمع على جميع مستوياته .

- التصميم على حرمان تجار المخدرات مما يجنونه من أرباح حتى نقضى على الحافز الرئيسى للاتجار .

- ضرورة استخدام تدابير رقابية على المواد التى تستخدم فى صنع المخدرات والمؤثرات العقلية .

- التصميم على تعزيز التعاون الدولى فى مجال منع الاتجار غير المشروع عبر البحار .

- تأكيد وتعزيز الوسائل القانونية الفعالة للتعاون الدولى فى المسائل الجنائية .

وبذلك يتضح أن الاتفاقيات لها دور فعال فى رسم شبكة من العلاقات القانونية تحدد مسارات المساعدات المتبادلة بين الدول المصدقة عليها لزيادة تمكين هذه الدول من التغلب على مشكلة المخدرات سواء بزيادة كفاءة المكافحة داخل أراضيها أو بالتعاون مع الغير على التصدى لها فى أبعادها الدولية .

٣- الخصائص الاجتماعية والثقافية للمدمنين :

من الضرورى أن نتعرف على خصائص المدمنين الذين شملتهم الدراسة ، والتى تتمثل فى السن ، والتعليم ، والظروف الأسرية المحيطة بالمدمن ، والدخل ، والموقف من العمل . حيث تتفاعل هذه المتغيرات لتشكل فى النهاية سياقاً اجتماعياً يكون أكثر تهيؤا لحدوث المشكلة ، بالإضافة إلى مجموعة المؤثرات المحيطة بهم لتؤثر فى سلوكهم وتشكل إطارهم القيمى وعلاقاتهم اليومية ، وتحدد رؤيتهم للواقع الذى يتفاعلون معه . وسوف نتعرض فى ذلك للعناصر الآتية :

أ - البدايات المبكرة للتدخين والتعاطى والخصائص العمرية .

ب - ملامح البناء الأسرى لعينة الدراسة .

ج - الاستقطاب الحضرى لظاهرة المخدرات .

د. الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة وأسرهم .

وسوف نتناول هذه العناصر بشىء من التفصيل للكشف عن خصائص المدمنين

الاجتماعية والثقافية .

أ - البدايات المبكرة للتدخين والتعاطى :

أوضح الجدول الخاص بتوضيح بدايات سن التدخين أن ٤٪ من المدمنين قد بدأوا التدخين قبل سن عشر سنوات ، بينما بدأت نسبة ٣٢٪ التدخين ما بين ١٠ - ١٥ سنة ، ونسبة ٥١٪ بدأت التدخين من ١٥ - ٢٠ سنة ، و٣٪ منها لا يتذكرون متى بدأوا التدخين .

ولعلنا نلاحظ أن هذه المراحل العمرية تمثل مرحلة التحول التى يمر بها النشء وتحمل من الخصائص السلوكية ما يسهم فى حدوث المشكلة إذا ما تهيأت الظروف لحدوثها ، ومن هذه الخصائص عدم الاستقرار والميل إلى التمرد ، وحب التقليد ، والتأثر بجماعة الأقران والرفاق الذين يمارسون تأثيرهم على الفرد بشكل يفوق تأثير هذه الفئات العمرية بالظروف المحيطة بها .

وتتفق هذه النتائج مع نتائج البحوث والدراسات التى أجريت فى صندوق مكافحة الإدمان والمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان اللذين أجريا عدة دراسات أكدت نفس النتائج .

وتزيد خطورة انحراف هذه الفئة العمرية الصغيرة عندما تتجاوز خبرة التدخين إلى خبرة التعاطى ثم إلى خبرة الاتجار ، حيث يتم استغلالهم فى الأعمال غير المشروعة من قبل ذويهم من التجار أو من يكبروهم فى السن من الأقارب . حيث تبدو هنا علاقة السياق الاجتماعى المتمثل فى الأسرة وما تحمله من قيم للانحراف تورثها اجتماعياً للأبناء فى مراحلهم العمرية المبكرة .

ب-ملامح البناء الأسرى :

ويتضح ذلك من عدة محاور نوجزها فيما يلى :

*** حجم الأسرة :**

اتضح من الدراسة الميدانية أن نسبة ٥٠٪ من أفراد العينة يعيشون فى أسر مكتملة

البناء من المنظور السوسيولوجى ، أى أنها تتكون من الأب والأم والأبناء وعلى الرغم من ذلك فإن العلاقات السائدة والقيم الموجودة وعدم رقابة الأبناء كانت وراء إدمانهم للمخدرات ، بينما بلغت نسبة ٩٪ من أفراد العينة يعيشون بمفردهم ، وقد يبرر ذلك عوامل إدمانهم . بالإضافة إلى نسبة أخرى بلغت ١٨٪ يعيش فيها المدمن مع أسرته الصغيرة المكونة منه ومن زوجته وأولاده ، ونسبة مماثله يعيشوا فيها المدمن مع أسرة ممتدة تضم إلى جانب زوجته الآباء . ويقودنا ذلك إلى التغيرات التى يمر بها المجتمع المصرى وتيار الغزو الثقافى عبر الإعلام المفتوح وتكنولوجيا الاتصالات وما أدت إليه من خلق تطلعات جديدة انصرف أمامها الآباء عن الأسرة لتحقيق هذه الطموحات وقد يستمر كدحهم معظم أوقات النهار والليل .

وقد أوضحت دراسة الحالة التى أجريت على عينة من عشرة أفراد أشكالا من التصدع الأسرى يكاد يعانى منه الأغلبية من أفراد العينة ، ويأخذ هذا التصدع أشكالاً متعددة كانفصال الأب عن الأم أو زواج الأب بزوجة أخرى أو وفاة أحد الأبوين ، وتعرض الابن لحالة من الحرمان العاطفى أدت إلى تعرضه للانزلاق فى هذه المشكلة .

وقد أفقدت هذه المتغيرات الخارجية والداخلية الوحدات الاجتماعية الأساسية أدوارها وخاصة الأسرة والمدرسة ، ومارست جماعات الرفاق دورها فى التأثير ، حتى أن علماء الاجتماع أطلقوا اسم " الأبنية الخاوية " على مثل هذه الأسر بمعنى أن شكل الأسرة يوحى بدرجة مقبولة من الاتساق ولكن الواقع شىء آخر .

أوضحت الدراسة أيضا كبر حجم الأسرة التى يعيش فيها أفراد العينة ، فقد بلغ عدد الأسر الذين يقل عدد أفرادها عن خمسة أفراد ٤٥٪ بينما تعيش نسبة ١٧٪ من أفراد العينة فى أسرة قوامها خمسة أفراد ، ونسبة الأسر التى يصل حجمها إلى ٧ أفراد ١٣٪ بينما تصل نسبة الأسر التى يزيد عدد أفرادها عن ٨ أشخاص ٥٪ وهذا يعنى أن ٥٠٪ من أفراد العينة يعيشون فى أسر يبلغ عدد أفرادها من ٥ - ٨ أشخاص . إذن العددية تشكل عبئاً على الأسرة ، ويؤدى ذلك بدوره إلى ضعف الرقابة على الأبناء وصعوبة العناية بهم .

* **التعليم :**

أفصحت الدراسة عن وجود تباين واضح فى مستوى التعليم لأفراد العينة ، فلم يكمل التعليم الجامعى منهم إلا نسبة ٢٠٪ فقط . ولم تتم نسبة ٣٠٪ منهم مرحلة التعليم المتوسط ، وتسرب من التعليم نسبة بلغت ١٦٪ وتوقفت نسبة ١٤٪ عند المرحلة الإعدادية ، أيضا استطاعت نسبة ١١٪ أن تنهى تعليمها المتوسط .

وتعكس هذه البيانات مستوى التعليم المنخفض لأفراد العينة حتى أن ٣١٪ منهم فقط أنهوا تعليمهم المتوسط والجامعى . وإذا عدنا إلى البيانات الخاصة ببداية التدخين حيث بدأت نسبة ٣٢٪ من أفراد العينة التدخين فى المرحلة العمرية ١٠-١٥ سنة ونسبة أخرى بلغت ٥١٪ اعتادت التدخين من ١٥ - ٢٠ سنة ، يتضح لنا مدى الاختلال الذى أصاب أفراد العينة وكيف تفاعلت مجموعة من العوامل لقيادتهم إلى الفشل الدارسى . وارتبطت هذه الممارسات بضعف الرقابة الأسرية التى أتاحت الفرصة للانحراف فى سن مبكرة .

العلاقة إذن واضحة بين الانزلاق إلى مشكلة الإدمان وانخفاض مستوى التعليم الذى من شأنه ضعف الإعداد الفعلى للشخص ، ذلك الإعداد الذى يمكن أن يقى الشخص من الانحراف ويوعى الشباب والصغار بمخاطر الانحراف .

وربما جعلت المتغيرات التى اجتاحت المجتمع المصرى من التعليم مطلباً اجتماعياً فقط لا يسهم فى تحقيق أهداف مجتمعة واحتياجاته ، بل إننا لا نبالغ إذا قلنا أنه يسهم بشكله الراهن فى حدوث مشكلات اجتماعية من خلال تخرج الآلاف من المتعطلين عن العمل وخلق مشكلة البطالة وما يرتبط بها من مشكلات اجتماعية ومنها انتشار المخدرات بين الشباب الذى فقد الأمل فى تحقيق طموحاته .

* **الحالة الزواجية :**

بلغت نسبة من لم يسبق لهم الزواج من أفراد العينة ٥٩٪ وهذا يدل على ان غالبية المدمنين من الشباب بدأ الانحراف مبكراً فوصل إلى سن الشباب منهكاً مدمناً . وبلغت

أيضا نسبة الأرامل والمنفصلين ١٠٪ من العينة بالرغم من أنهم في عمر الشباب إلا أننا نجد في ذلك تفسيرات منطقية لانحراف الأفراد الذين يعانون من التصدع الأسرى .

*** المسكن وبعض الدلالات الاجتماعية :**

حين نبحث عن علاقة المسكن بالإدمان فعلينا النظر إليه في سياق البعد الأيكولوجي وموقع السكن من مناطق التأثير والتي تسهم بدور بارز في حدوث هذه المشكلة ، فأحيانا تسهم البيئة المتردية في استثارة عوامل الانحراف ، ويرى بعض علماء الاجتماع أن ظاهرة الإجرام تتأثر بطبيعة المكان وظروفه وكثافة السكان فيه ، أيضا في الدراسات التي أجريت على الجمالية وعين شمس وبولاق ومدينة السلام لوحظ أن هناك ارتفاعاً مستمراً وانتشاراً في قضايا المخدرات ، ويرجع ذلك إلى ظروف هذه المناطق وعلاقتها التاريخية بهذه المشكلة ، والكثافة السكانية فيها وضيق الشوارع بها وتطرف البعض الآخر . ويساعد ذلك في استخدامها كأوكار لإخفاء المخدرات عن أعين الرقابة .

وقد اتضح من الدراسة الميدانية أن ٧٧٪ من أفراد العينة تسكن في شقة مستقلة مع الأهل ، إذ أن معظم أفراد العينة من الشباب ، و١٨٪ تسكن في منزل خاص ، والنسبة الباقية ٢٪ تسكن في غرفة مستقلة مما يؤكد أن المشكلة قد طالت الجميع .

ج- الاستقطاب الحضرى لظاهرة المخدرات :

بلغت نسبة من ولدوا بمدينة القاهرة ٥٩٪ من أفراد العينة ، ويعكس هذا التركز الارتباط بين وجود المشكلة وبين التجمعات الحضرية ذات الكثافة السكانية العالية ، فالقاهرة تتميز بالتنوع الثقافي والاجتماعي بالإضافة إلى التناقضات التي تميزها وحزام العشوائيات الذي يطوقها ، واستقطابها لكثير من المهاجرين من المناطق الريفية . أما باقي أفراد العينة فقد بلغت نسبة من يعيشون في الجيزة ٧٪ بينما توزع النسب الباقية من ١٪ إلى ٢٪ على كافة محافظات الجمهورية .

ومن الواضح أن مناطق الحضر تستأثر بالنصيب الأكبر في جرائم الانحراف سواء كانت السرقة أو تعاطي المخدرات أو الاتجار بها . وذلك بسبب ازدحام هذه المناطق . ففي

الزحام تضيع القيم وتتوارى ملامح النظام وتنتشر الفردية والصراع ولا نقصد بذلك خلو الريف من هذه الظاهرة ، لكن نقصد أن السياق الثقافى والاجتماعى للريف مازال يحمل الكثير من القيم التى يصعب على سياق المدينة الاحتفاظ بها وسط التباين السكانى الهائل الذى يميزه .

د- الملامح الاقتصادية لأفراد العينة :

وهى تلك الخصائص الاقتصادية (المهنة - الدخل - أسلوب الإنفاق) والذى يعكس درجات من التفاعل بين الخصائص الاقتصادية والاجتماعية ، والملاحظ وجود ارتباط بين بعض المهن وأشكال السلوك بشكل يدعونا للقول بثقافة المهنة .

وتشير البيانات إلى أن نسبة كبيرة من أفراد العينة بلغت ٦٨٪ يعملون فى أعمال حرة ، وبشكل خاص الأعمال الحرفية والتى تنطوى على أشكال لعلاقات القهر بين أفرادها . ويتعرض فيها الصبية خلال مراحل التعليم والإعداد إلى مواقف تُفرض عليهم ، كما أن سياق بعض الحرف يسود فيه التدخين والمخدرات بالإضافة لأن دخل هذه الفئة يزيد بكثير عن هؤلاء الأفراد الذين يعملون فى وظائف أكثر استقراراً . ويتسق ذلك مع الطرح الذى أفرزته الدراسة الميدانية حول الدخل الشهرى حيث بلغت نسبة من تزيد دخولهم عن ٥٠٠ جنيه ٢٧٪ وبلغت نسبة من تزيد دخولهم عن ١٠٠٠ جنيه ١٢٪ وبلغت نسبة من تزيد دخولهم عن ١٥٠٠ جنيه ٣٪ ، بينما وصلت نسبة من يزيد دخلهم عن ٢٠٠٠ جنيه إلى ٨٪ من أفرد العينة.

وبمقارنة هذه البيانات مع بيانات جدول إنفاق الفرد يلاحظ ارتفاع قيمة المصروف التى ينفقه أفراد العينة حيث يبدو واضحاً ملامح التفاعل بين نوع العمل وارتفاع الدخل وبين سلوك الإدمان . فقد احتل الإنفاق على المخدرات مكان الصدارة حيث بلغت نسبة ما ينفقه ٨٩٪ من أفراد العينة على المخدرات ٣٨,٧٪ من دخولهم ، هذا غير التدخين الذى أنفقوا عليه ٢١,٧٪ من دخولهم . أى أن ٨٩٪ من أفراد العينة ينفقون على المخدرات والسجائر نسبة تصل إلى ٦٠,٤٪ من دخولهم ، والرقم ينطق بهدر الإمكانيات المادية والإنفاق الخاطى له بالإضافة إلى ما يحدثه من مشكلات صحية .

*** دخل الأسرة التى ينتمى إليها أفراد العينة :**

أكد ٧٩٪ من أفراد العينة أن دخل أسرهم كان كافياً بالنسبة للأسرة ، بينما أجابت نسبة بلغت ٢١٪ من أفراد العينة أن دخل الأسرة لم يكن كافياً . وإذا كنا هنا بصدد تحليل العلاقة بين المستوى الاقتصادى والإدمان فتشير دراسات عديدة إلى أن الإغداق يؤدى إلى انحراف الأبناء بالإضافة إلى أن الحرمان يؤدى إلى نفس النتيجة .

وتؤكد البيانات الواردة بدخل الأسر التى ينتمى إليها أفراد العينة من المدمنين على ما ذكره أفراد العينة من ارتفاع دخل الأسرة بالحد الذى يكفى احتياجاتها . حيث بلغ دخل الأسرة ما بين ٥٠٠ إلى ١٠٠٠ جنيه لنسبة ٢٢٪ من العينة ونسبة ١٣٪ بلغ دخل الأسرة من ١٠٠٠ إلى ١٥٠٠ جنيه ، ونسبة ٩٪ تراوح دخل أسرهم ما بين ١٥٠٠ - ٢٠٠٠ جنيه ، وارتفع الدخل بشكل واضح بالنسبة لفئة بلغت نسبتها ٢٠٪ حيث بلغت دخلا أكثر من ٢٠٠٠ جنيه شهرياً .

*** اوجه الإنفاق فى دخل أفراد العينة :**

من الطبيعى أن تمثل المخدرات مكان الصدارة فى إنفاق أفراد العينة ، فقد بلغت نسبة ما ينفقه ٨٩٪ من أفراد العينة ٦٠,٤٪ من إجمالى دخلهم على المخدرات والسجائر ، وتنفق النسبة الباقية من الدخل على الغذاء بنسبة ١١,٣٪ لحوالى ٢٦٪ من أفراد العينة وعلى الملابس نسبة ٨,٧٪ بالنسبة لـ ٢٠٪ من أفراد العينة . وبشكل عام تعكس هذه البيانات الإفراط فى الإنفاق الشخصى من قبل أفراد العينة على السجائر والمواد المخدرة التى يدمنونها .

*** هجرة الآباء وانحراف الأبناء :**

نظراً للتحولات التى مر بها المجتمع المصرى ظهرت موجات من الهجرة إلى خارج البلاد سعياً وراء الرزق ، ولتحقيق الطموحات الاقتصادية التى لم تتحقق فى الداخل ، تركت هذه الظاهرة آثارها البالغة على الأسرة المصرية فظهرت ملامح ظاهرة تأنيث الأسرة ، حيث تتولى الأم إدارة شئون الأسرة أثناء تواجد زوجها بالخارج والتى قد تصل إلى عشر

سنوات أو أكثر ، واكتفى الأب بدور المنفق الذى يتولى تحقيق الإشباعات المادية لأفراد أسرته . وفى صورة أخرى خرجت الأم مهاجرة وتركت الأبناء فى رعاية الأب أو الأقارب . وقد أفرزت هذه الظاهرة الكثير من أشكال الانحراف للأبناء الذين فقدوا الرعاية .

وقد أوضحت الدراسة الميدانية أن ١٩٪ من أفراد العينة عاشوا فى أسر سافر فيها الأب والأم إلى الخارج ، وقد سافر الأب وحده فى نسبة ١٥٪ من العينة ونسبة ٣٪ سافرت فيها الأم بمفردها ، وبالرغم من أن النسبة تبدو محدودة إلا أنها تؤكد ما للهجرة من آثار على انحراف الأبناء .

كما أفصحت دراسة الحالة أن مشكلات تمزق العلاقة بين الآباء والأبناء تعود إلى ظروف التفكك الأسرى بالإضافة إلى عوامل أخرى خارجية منها تعدد روافد القيم، وإيقاع التغير السريع ، وموجات الغزو الثقافى حيث تفاعلت هذه العوامل لتؤثر على شكل و نمط العلاقة بين أفراد الأسرة ، فقد أستوعب الأبناء المؤثرات التى صاحبت مرحلة التحول الاجتماعى بشكل أسرع من الآباء . خاصة أن الأبناء قد ولدوا فى رحم هذه التحولات ، ويمتلكون من الموروثات الاجتماعية ما يجعلهم أكثر قدرة من الآباء ، على إدماجها فى سلوكهم . وبذلك تجسدت الفجوة الجيلية داخل الأسرة وتباينت أساليب التعامل اليومى وتعذر التواصل وازدادت العزلة وبحث الأبناء عن اشباعاتهم خارج حدود الأسرة ، وهكذا فقدت الأسرة دورها المهم فى تحقيق الأمان النفسى الذى يمكنها من تحقيق الحماية لأبنائها .

خامساً : نحو استراتيجية مقترحة لمواجهة مشكلة المخدرات :

إذا كنا نسعى هنا إلى صياغة إطار تصورى استراتيجى لمواجهة المشكلة فلا بد أن نعرف مسبقاً أن مشكلة المخدرات من المشكلات التى تتعدد حلقاتها وتتعقد :

فالحلقة الأولى : هى توافر المخدر من خلال جلبه سواء من الداخل أو من الخارج عبر الحدود أو من نتاج الزراعات المخدرة فى مصر ، وأيضا ترويج المخدرات بما تشمله من أساليب لخلق الطلب وتزييف وعى الشباب وغيره من شتى الفئات العمرية .

أما الحلقة الثانية : فهى تلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية التى تدفع الشباب إلى التعاطى ، وخاصة هؤلاء الذين يسكنون العشوائيات وبعض الفئات الهشة بالمجتمع التى تفتقد الاستقرار الاجتماعى ، والتى بدد الواقع أحلامها ، وحاصرتها المشاكل ، وطوق عنقها الفقر وأحبطتها البطالة .

والحلقة الثالثة : تتمثل فى القانون ونصوصه ومحاولات احتوائه لأطراف المشكلة ، وجهود اللحاق بأساليب وحيل القائمين على هذا النشاط . ونظراته للمدمن ، والمتعاطى ، والتاجر ، والمروج ، وهذه العلاقة تحتاج إلى مراجعة وتطوير مستمر يتفق مع التطور الهائل فى أساليب المنحرفين وموقف المدمنين .

من خلال سياق هذه الحلقات ، وفى إطار كل حلقة تأتى ضرورة اتخاذ التدابير اللازمة والجهود المطلوبة لمواجهة المشكلة . ونتناول هذه الحلقات بمزيد من التفصيل .

الحلقة الأولى : توافر المخدر :

وذلك من خلال الجلب والتهريب والزراعة وتصنيع العقاقير والتجارة .

وتستوجب هذه الحلقة غلق المنافذ والحدود التى تتسلل منها المخدرات ، كما تحتاج إلى تشديد الرقابة الأمنية بشكل يضمن حصارها ويسيطر على جانب العرض فى المشكلة ، وقد ركزت الجهات المسئولة فى السنوات الأخيرة جهودها لمحاصرة الطلب أيضا بالرغم من أنه نشاط يولد فى الظلام ولا يظهر منه إلى النور إلا الجانب الذى يتم الكشف عنه ، ومواجهة الطلب مهمة لأسباب عدة منها :

- أن التركيز على جهود خفض المعروض من المواد المخدرة بحاجة إلى المساندة من خلال خفض الطلب .

- ان مواجهة الطلب على المواد المخدرة سوف يواجهه انخفاض فى العرض لعدم رغبة التاجر فى المجازفة .

- إن حصار المعروض من المواد المخدرة أمنياً قد أدى إلى زيادة سعر بعض المواد فى سوق

المخدرات ، ومن هنا جاء البحث عن بدائل أخرى أيسر فى الحصول عليها وأقل سعرا ، فزاد انتشار البانجو كمحصلة لذلك بصورة لم نعهدها من قبل .

- يستحدث تجار المخدرات وسائل وأساليب للترويج ، وهم دائمو السعى نحو تغيير أشكال وأنماط الطلب على المخدرات .

أما بالنسبة لزراعات المخدرات فى سيناء فالأمر يحتاج إلى أن تكثف الدولة سياسات التنمية البديلة بحيث تمكن هؤلاء الزراع من زراعة نباتات الزينة والنباتات العطرية وكذلك النباتات التقليدية التى يمكن اعتبار مناطق جنوب سيناء السياحية بمنتجعاتها القريبة منها .

ويمكن القول إنه لا سبيل إلى كسر حاجز العزلة فى سيناء نهائيا وربطها بالمجتمع الكبير فى مصر ربطا فعالا إلا بمواجهة مشكلة زراعات المخدرات فى هذه المناطق والسيطرة على ذلك سيطرة تامة .

أما المصدر الأخير والخاص بالعقاقير والمنشطات التى يتم الحصول عليها بكميات كبيرة من مصادرها أو من الصيدليات أو من خلال تخليقها معملياً فيتطلب الأمر إحكام الرقابة عليها ومتابعة حركة البيع بالصيدليات وتشديد العقوبة على توزيع المواد المخدرة بدون تصريح طبى .

الحلقة الثانية : العوامل الاجتماعية والاقتصادية التى تدفع الشباب للتعاطى :

تعتبر هذه الحلقة على جانب كبير من الأهمية لما تتضمنه من عناصر فاعلة ومؤثرة فى حدوث الظاهرة موضوع البحث . فالأسرة ، المؤسسات التعليمية ، والإعلام ، والمؤسسات الدينية والترويحية والرياضية تمثل فى مجملها مكونات هذه الحلقة . وعلى هذه المؤسسات تقع مسئولية مواجهة المشكلة ، وتحتاج هذه المؤسسات إلى إعداد منهجى من خلال برنامج ذى شقين . شق وقائى وشق علاجى. على أن يراعى كافة الشرائح الاجتماعية ، وأن يراعى التركيز على الأسرة بشكل خاص باعتبارها خط الدفاع الأول ضد الانحراف ، ففيها تتشكل قيم الفرد ولابد من مساندتها فى القيام بأدوراها ومساندة

فعالة من خلال وسائل الإعلام ، ومؤسسات التعليم وضرورة التنسيق فى أهدافها التربوية حتى لا يسعى كل منها إلى غرس قيم متناقضة تصيب الأبناء بالقلق والاغتراب .

أيضا لا بد أن تعمل الدولة على توفير فرص العمل للشباب العاطل الذى يجد فى المخدرات ملاذا له من فقدان الحلم والقدرة ويتلافى هذا الهدف مع غاية أسمى يسعى إليها المجتمع من خلال السيطرة على مشكلة البطالة لما لذلك من أثر على برامج التنمية الشاملة ونتائجها .

ويأتى التعليم فى المرحلة التالية للأسرة ، فمن خلال مراحل الأعداد المختلفة الخاصة بتشكيل البناء العقلى والنفسى للفرد ، ينمو وعيه على الكثير من القضايا ومن ثم يصبح من السهل أن يلعب التعليم دوراً مهماً وبارزا فى التعريف بمخاطر الإدمان .

أما عن وسائل الإعلام فهى قادرة على الوصول إلى كافة أطراف المجتمع والتأثير فى المشاهد وجذب انتباهه لهذه المشكلة . ويمكنها أيضا الاستعانة بالخبراء لإلقاء المزيد من الضوء على خفايا هذه المشكلة .

الحلقة الثالثة : القانون :

بدأ القانون إلى حد كبير متسقاً مع ظروف تطور المشكلة ، وبشكل خاص فى السنوات المبكرة التى شهدت محاولات التدخل بالقانون ، إلا أن السنوات الأخيرة من القرن الماضى شهدت تطوراً هائلاً فى أساليب تخليق المواد ، وفى الزراعات، وفى أساليب التهريب والاتجار ، وأمام ذلك فقد تعثر القانون فى ملاحقتها تارة ونجح تارة أخرى، والحقيقة أننا أصبحنا فى حاجة إلى استحداث بعض النصوص لمحاولة سد الثغرات التى أحدثها هذا التطور الهائل .

وبالرغم من الكم الهائل من القوانين التى تصدت لمشكلة انتشار المخدرات بصرامة وكثافة الجهود التى تبذلها الأجهزة التى تقوم بتنفيذه . فما زال خطر المشكلة فى مصر قائماً وما زالت جرائم المخدرات بأشكالها وأساليبها تبدع من الحيل ما يتطلب اللحاق بها ومحاصرتها ، ويلقى ذلك بمسئولية كبيرة على المشرع الذى يجب أن يلاحق هذه

الأساليب بإضافة النصوص التى تتسق مع التطور الهائل فى أساليب الجلب والاتجار ، فما زالت هناك ثقوب فى القانون يفلت منها التجار ، كما أنه يحتاج إلى حسم أكبر فى تقرير العقاب .

المشكلة إذن تحتاج إلى تضافر الجهود المجتمعية من خلال التنسيق بين مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى الأسرة والمدرسة والجامعة والإعلام والمؤسسات الدينية والترويحية كما سبق وذكرنا من خلال استراتيجية قومية تسهم فى صياغتها جميع أجهزة الدولة حتى نتمكن من محاصرة المشكلة .

مواجهة المشكلة على المستوى القومى :

وأهم بدايات هذه المواجهة هى بناء جسور الثقة والتعاون والفهم المشترك بين الوزارات المختلفة إيماناً منها بخطورة المشكلة ولتتولى جهة متخصصة التنسيق بين هذه الجهود دون تعارض فيما بينها ، ووضع برنامج للعمل يتم اقتراحه وتحديد مسئولية كل وزارة فيه على حدة .

ويمكن تصور هذه الأدوار لكل وزارة كما يلى :

١- وزارة الداخلية :

مهمتها المكافحة الأمنية للظاهرة ، ويتطلب ذلك إحكام غلق المنافذ التى يتدفق منها المخدر ، ومقاومة الزراعات ومحاصرتها قبل أن يتم طرحها فى الأسواق . وتحتاج هذه الجهود إلى تدريب العاملين فى أجهزة مكافحة التهريب على السبل والوسائل التى يلجأ إليها الأفراد ، وكذلك تطوير أساليب العمل والأدوات المستخدمة والمعدات التى تمكنهم من ملاحقة تطور هذه المشكلة . وأيضا اقتراح تطوير التشريعات ومناقشتها لسد الثغرات التى تواجههم وذلك فى اتجاهين :

الأول :

التركيز على رفع كفاءة العاملين فى هذا المجال وتدريبهم وتوعيتهم على أساليب التهريب التى يتبعها التجار وكيفية إحكام الإجراءات المتبعة عند القبض على التجار

والمدمنين . حيث لوحظ أن نسبة كبيرة من حالات التهريب أو الاتجار تفلت من العقاب بسبب ثغرات فى الإجراءات القانونية ..

– تزويد العاملين بإدارات المكافحة بالإمكانيات المادية والفنية بشكل يمكنهم من أداء مهمتهم ومطاردة المنحرفين ومقاومة الزراعات فى الأماكن الوعرة ، والكشف عن الصيدليات التى تتعامل مع المدمنين .

الثانى :

– عقد ندوات جماهيرية للتوعية والتعريف بمخاطر الإدمان . خاصة أن قانون المخدرات يعفى المدمن من العقاب إذا تقدم من تلقاء نفسه طالباً العلاج أو إذا تقدم ذووه بطلب علاجه . وهو ما يعنى تحقيق الوقاية ومراحلها المتتابعة .

– بالإضافة إلى إمكانية ترتيب لقاءات مع المدمنين أنفسهم وإقامة حوار مفتوح معهم وتوعيتهم بالمخاطر التى يعرضون أنفسهم لها .

٢– وزارة العدل :

تقع عليها مسئولية تطوير القانون وتعديل نصوصه بشكل يمكن من مواكبه الانحراف والجريمة فى مجال المخدرات ، وبالرغم من أن الوزارة قامت بالفعل بتعديل الكثير من النصوص الخاصة بذلك إلا أن الأساليب التى يتبعها التجار والمهربون تتطلب المزيد من بذل الجهد لمواجهة المشكلة كما حدث فى قانون مكافحة غسيل الأموال ، أيضا تتولى وزارة العدل المهام الآتية :

– المراجعة الدائمة والمستمرة للقوانين وتعديلها وتطويرها .

– عقد دورات تدريبية لمناقشة قضايا المخدرات لبعض كوادر الوزارة ، خاصة وكلاء النيابة والمعاونين .. الخ .

– مشاركة رجال وزارة العدل فى رسم البرامج الوقائية وبشكل خاص التى تتصل بالتشريعات .

– ضرورة الاستفادة من البحوث التى أجريت على المشكلة وعلى التجار للوقوف على خصائصهم وأساليبهم وطرق تحايلهم على القانون ونصوصه .

٣- وزارة الصحة :

يعتبر مجال العلاج والخدمات الطبية أهم الأدوار ، فيمكن لوزارة الصحة :

– تخصيص عدد من المصحات فى كافة المدن والمحافظات تستوعب فيها المدمنين وتعزلهم لفترات حتى يتم علاجهم وتأهيلهم اجتماعياً .

– إنشاء أقسام ملحقة بمستشفيات قائمة فى بعض المناطق التى لا تحتاج إلى مصحات .

– أيضا تخصيص بعض البعثات التى تعد الأطباء للتخصص فى مجال المخدرات وأساليب تشخيصها .

– وضع نظام للرعاية الفعالة للمرضى أو المدمنين من خلال استخدام الأساليب المتطورة وعلاج ومواجهة المشكلة وتوفير الأدوية اللازمة .

– فرض رقابة صارمة على الصيدليات ووضع الضوابط والمعايير لتنظيم صرف المواد المؤثرة على الأعصاب وأدوية السعال .

– إرسال القوافل الصحية إلى كافة أنحاء البلاد ، وعقد ندوات ومحاضرات للشباب لتوعيتهم .

– إدخال عنصر التأهيل الاجتماعى إلى المؤسسات العلاجية ليهيئ المدمن إلى للتفاعل مع الواقع مرة أخرى .

٤- وزارة القوى العاملة والتدريب :

ويمكن لهذه الوزارة أن تواجه هذه المشكلة داخل التجمعات العمالية ، وبشكل خاص قطاعات الصناعة والقطاعات الإنتاجية ، فقد أفصحت الدراسات التى أجريت على هذه الأماكن عن تنوع المخدرات المنتشرة بين العمال وهى الحشيش ، البانجو ، الأفيون ، الكحوليات والأقراص المنشطة والهيروين والماكستون فورت ، وقد ارتفعت نسبة

الحوادث فى المصانع بسبب هذه السلوكيات ، حتى أن نسبة وقوع الحوادث بين المدمنين وصلت إلى ٢٥٪ من العاملين .

أيضا يمكن تدريب بعض المتخصصين على الاكتشاف المبكر للمشكلة بين العمال وعلاج الأفراد الذين أدمنوا بالفعل ، ويتطلب ذلك توقيع الكشف الطبى المبكر والدورى.

٥- وزارة التربية والتعليم :

وهى من أكثر الوزارات التى يمكن أن يكون لها دور فعال ومؤثر فى مواجهة المشكلة من خلال البرامج التى يمكن أن تعد لهذا الغرض سواء فى برامج الدراسة أو الندوات والملصقات التى تستهدف المشكلة . فالنشء الذين هم فى مراحل عمرية شديدة الحساسية هم الأكثر تعرضا للانحراف . وقد أظهرت الدراسات التى أجريت على الطلاب بالمدارس وجود نسب كبيرة من المتعاطين ، خاصة فى المرحلة الثانوية ولا بد من إعداد المتخصصين لمواجهتها .

أيضا لابد من التركيز على إعداد البرامج الرياضية التى من شأنها امتصاص الطاقة واخراجها فى الاتجاه السليم ، كذلك إعداد برامج الترفيه والتوعية .

٦- وزارة التعليم العالى :

من الوزارات التى يمكن أن تكون لها نفس الدور الفعال والمؤثر فى مواجهة المشكلة بالنسبة لطلاب الجامعات الحكومية والأهلية .

وقد أظهرت الدراسات التى أجريت على طلاب الجامعات وجود نسبة كبيرة أيضا من المتعاطين للمخدرات فيها .

ويمكن للجهود والبرامج السابق الإشارة إليها ، أن تسهم فى مواجهة المشكلة بعد إجراء بعض التعديلات فى أسلوب ولغة الحوار يتناسب مع ثقافة وطبيعة المرحلة العمرية لطلاب الجامعات .

٧- وزارة الأوقاف :

وتمتلك هذه الوزارة قنوات فعالة للتأثير فى الأفراد من خلال المساجد وتوضيح الفكر الخاطئ الذى يزعم أن المخدرات ليست محرمة شرعاً وأنه لم ترد نصوص بتحريمها . ويتطلب هذا أن يبذل علماء الدين المزيد من الجهد وإعداد برامج تدريب للدعاة فى هذا الشأن . ولابد أيضا من التركيز على الدعاة الذين يعملون بالمناطق الشعبية والعشوائية التى تنتشر فيها ظاهرة التعاطى .

٨- وزارة الإعلام :

ولهذه الوزارة وسائل كثيرة للتأثير المباشر وغير المباشر من الوسائل لمواجهة مشكلة المخدرات ، وتأتى أهمية الإعلام موازية لمساحة انتشاره جغرافياً .

ويمكن من خلال الرسالة الإعلامية تغيير اتجاهات الأفراد ومعتقداتهم حول مدى الضرر الناتج عن تعاطى المخدرات ، ولابد من التركيز من خلال هذه الوسائل على :

- تغيير معتقدات المتعاطين عن فائدة تعاطى المواد النفسية .
- التعريف بدور أصدقاء السوء فى التأثير السلبى على الأصدقاء .
- التعريف بالمشاكل الذى يسببها وجود مدمن فى الأسرة ، حيث يؤدى إلى تفككها وانهيارها وربما انفصال الوالدين .
- التعريف بأثر المخدرات على العقل والجسم والتدهور الصحى للأفراد .

٩- وزارة الشباب :

ويمكن أن تستغل هذه الوزارة ارتباطها بقطاع عريض من الشباب من خلال مؤسساتها ومراكز الشباب والنوادى الرياضية لإعداد البرامج الترفيهية والرياضية وإعداد المعسكرات والرحلات لتوجيه نشاط الشباب إلى أنشطة بناءه ، أيضا لابد من عقد ندوات لتوعية الشباب وتعريفه بمخاطر الإدمان .

وفى النهاية فان كل هذه الجهات والمؤسسات بما تضمه من عناصر فاعلة ومؤثرة فى مكافحة ظاهرة الإدمان قادرة على أن تتصدى وبقوة للمشكلة والحد من انتشارها .

ثانياً : نتائج الدراسة

- احتل مخدر البانجو مكانة متميزة بين المواد المخدرة المعروضة فى سوق الاتجار غير المشروع ، متقدماً بذلك على مخدر الحشيش والأفيون والهيروين وكافة المخدرات التقليدية والمستحدثة ، ومازالت كمياته تتزايد وتتنامى .

- تعتبر العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية هى البدائل الموجودة دائماً لكثير من المواد المخدرة الأخرى .

- تسلل للأسواق مخدر جديد عام ٢٠٠٠ وهو أقراص الإكستازى المنشطة والمهلوسة والتى يطلق عليها (أقراص الحب أو أقراص الرقص طوال اليوم) .

- إن زيادة الكميات المضبوطة من مخدر لابد أن يستتبعه انخفاض فى المعروض من بعض أنواع المخدرات الأخرى .

- إن زراعة القنب الهندى والخشخاش فى ازدياد مستمر مما يؤكد انتشار الزراعات المخدرة فى محافظات مصر ، وهو أمر يهدد الكيان الاقتصادى والاجتماعى والصحى للمجتمع ، ويدفعها إلى صفوف البلاد المنتجة للمخدرات والمرصودة دولياً .

- انحسار زراعات الخشخاش " الأفيون " فى مقابل انتشار زراعات القنب الهندى "البانجو" خلال الفترة من ١٩٩١ - ٢٠٠٠ .

- ثبات أسعار العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية طوال الفترة محل الدراسة .

- توصلت الدراسة إلى تحديد حجم الإنفاق على المخدرات طوال سنوات الدراسة من ١٩٩١ - ٢٠٠٠ .

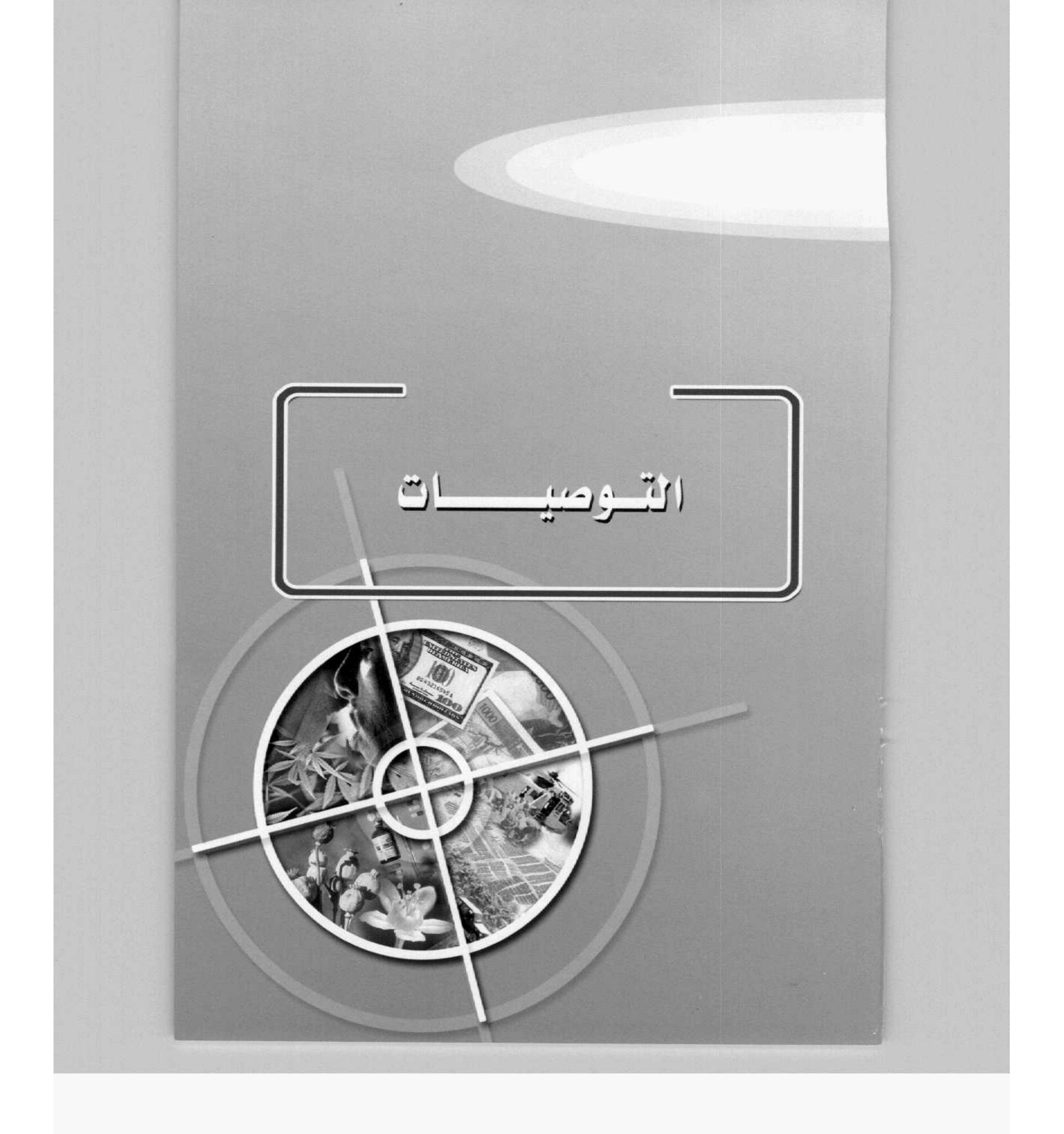
- يؤدى الإنفاق على المخدرات إلى تبديد جزء كبير من موارد المجتمع ، وهذا الجزء مثل ما بين ٨,٩ و ١٥٣,٤٪ من إجمالى الادخار المحلى خلال الفترة محل الدراسة ، أيضا مثل ما بين ٦,١ و ١٣١,٤٪ من إجمالى الاستثمار المحلى ، ومثل ما بين ١٣,٦ و ٣٧٠٪ من إجمالى الصادرات السلعية ، ومثل ما بين ٢١,٢ و ٣٣٨,٢٪ من إجمالى

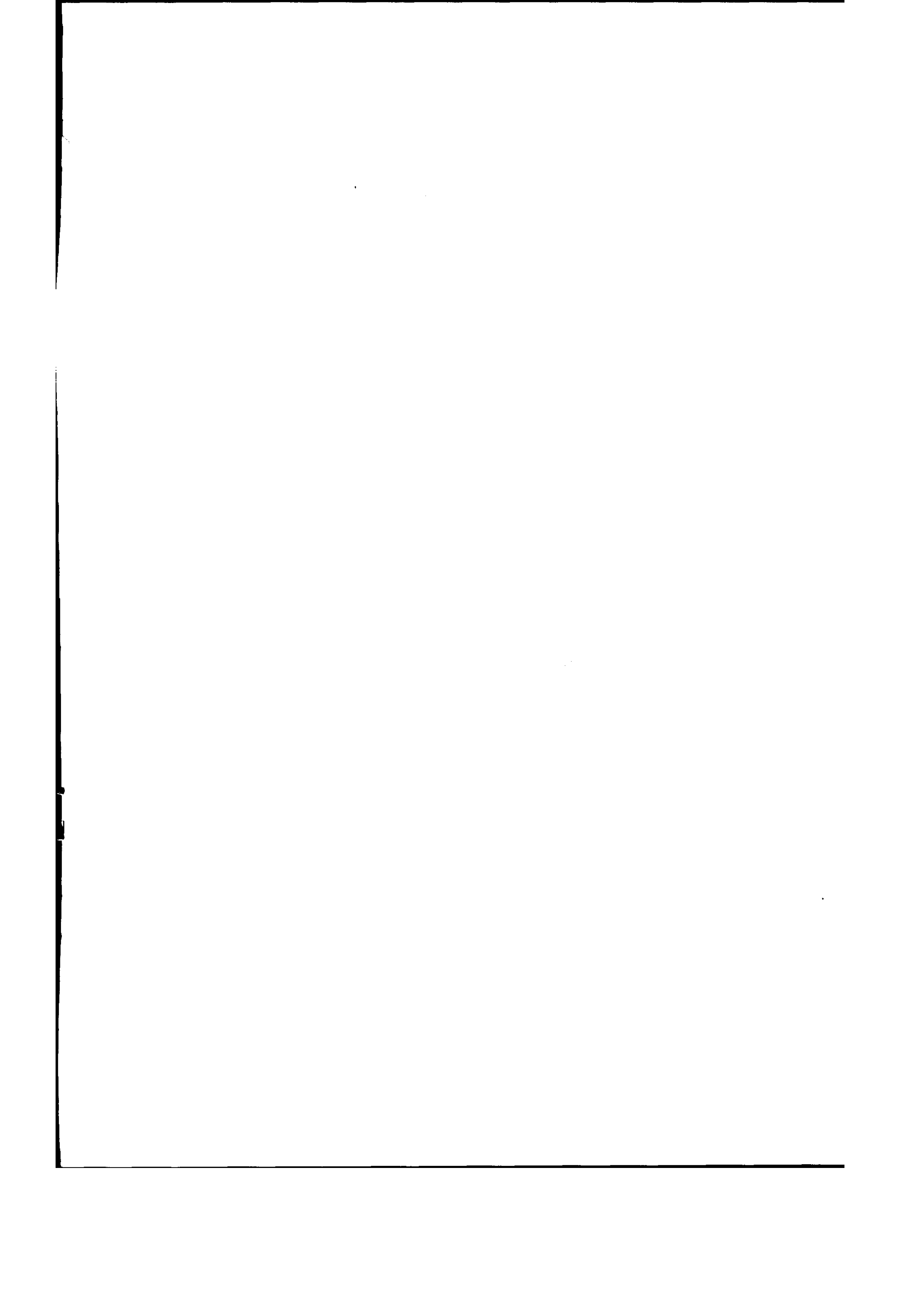
تحويلات المصريين فى الخارج .

- توقعت الدراسة ما سوف ينفق على المخدرات حتى عام ٢٠١٠ إذا ظلت نفس الظروف ونفس أساليب المكافحة وطرق الضبط وطبيعة المستهلكين وعاداتهم .
- أن الفقر والبطالة والعشوائيات من أهم الأسباب الدافعة لدخول الشباب عالم التعاطى والإدمان .
- أن هناك دوافع شخصية تتركز فى طبيعة شخصية المدمن " الشخصية الاكتئابية " "الشخصية الانطوائية" ، " الشخصية المكروبة " ، " الشخصية السيكوباتية " تشكل دافعاً قوياً نحو التعاطى والإدمان .
- إن إخفاق السياسات الحالية فى القضاء على المشكلة أو الحد منها يرجع إلى أن جهود المكافحة تنصب بصورة أساسية على مكافحة العرض دون خفض الطلب.
- إن دفع المدمن ذاته لرفض المخدر هو أفضل الوسائل لخفض الطلب على المخدرات .
- أن هناك ثغرات قانونية لابد من معالجتها فى ضوء التغيرات الاقتصادية والاجتماعية الحالية .
- أكدت الدراسة الميدانية الارتباط الوثيق بين التدخين والانزلاق إلى عالم التعاطى والإدمان ، وقد ثبت أن ٣٦٪ من إجمالى عينة المدمنين قد بدأو التدخين قبل سن الخامسة عشر ، وأن ٨٧٪ من عينة المدمنين بدأو التدخين قبل سن العشرين .
- أن ٧٧٪ من إجمالى عينة المدمنين بدأو فى تعاطى المخدرات فى المرحلة العمرية من ١٥ - ٢٥ سنه ، وهو مؤشر خطير لمدى التسيب الأسرى وعدم الاهتمام بمراقبة التغيرات التى تحدث للأبناء .
- بلغ معامل الارتباط الخطى بين بدايات التدخين وبدايات التعاطى ٩٥٪ ، مما يؤكد العلاقة القوية الموجبة بين المتغيرين .
- بلغ معامل الارتباط الخطى بين التوقف عن تعاطى المخدرات ومستوى التعليم ٩٠٪ ،

وهو ما يؤكد وجود علاقة قوية بين المتغيرين . فكلما وصل الشخص إلى درجة أعلى فى التعليم أدرك ما يحيط به من مخاطر .

- يستأثر الحضر بالنصيب الأكبر من الجرائم ذات الصلة بالمخدرات وذلك بسبب الازدحام الذى تنتشر فيه الفردية والصراعات وتضيع فيه القيم والأخلاق .
- أن هناك ارتباطاً بين بعض المهن وأشكال السلوك ، بشكل يدعونا إلى القول بثقافة المهنة . وقد أكد ذلك أن نسبه بلغت ٦٨٪ من إجمالى أفراد العينة يعملون فى مهن حره وبشكل خاص الأعمال الحرفية ، وبلغ معامل الارتباط الخطى بين السن عند بدايات التعاطى وطبيعة العمل ٩٣٪ مما يؤكد وجود ارتباط وثيق بين المهنة وسلوك الفرد .
- أتضح أن أصدقاء السوء مسئولين عن إدمان ٨٧٪ من إجمالى أفراد العينة ، بينما تسبب حب الاستطلاع والتجربة فى إدمان ٢٢٪ منهم ، وأدى الشعور بالفراغ إلى إدمان ١٤٪ منهم ، بينما أدت المشكلات الأسرية إلى إدمان ٢١٪ من أفراد العينة ، وأدى الهروب من الواقع إلى إدمان ٦٪ منهم . وكلها دوافع تلقى الضوء على الأسباب الرئيسية للدخول إلى عالم التعاطى والإدمان ، وتلقى الضوء أيضا على ما ينبغى أن نفعله من أجل حماية الشباب من هذا الوباء .
- إذا لم تتكاتف جميع مؤسسات المجتمع الرسمى وغير الرسمى لمكافحة الظاهرة فإن المشكلة ستظل بعيدة تماما عن الانحسار .


التوصيات



فى مجال المكافحة الأمنية :

١ - تطوير خطط مكافحة العرض من خلال إحداث تنمية بديلة فى مناطق الزراعات تعتمد على المشاركة الشعبية .

٢ - تشجيع ودعم التنمية البديلة لمناطق الزراعات بإحلال زراعة النباتات الطبية والعطرية بدلاً من زراعات المخدرات .

٣ - مشاركة الجهات الأمنية فى تفعيل جهود خفض الطلب بمختلف جوانبه .

٤ - إنشاء أو تحديد جهة معنية لتولى مسئولية تنسيق الجهود بين شركاء المكافحة .

٥ - عدم الاقتصار على المنحى العقابى فى المواجهة واعتبار المدمن مريضاً يحتاج للعلاج مع تغليب مبدأ الإدماج له على الاستبعاد .

٦ - إطلاع ضباط المكافحة على الآتى :

- الوسائل المستحدثة والأساليب التى يلجأ إليها التجار فى ترويج بضاعتهم .
- نتائج الأبحاث العلمية .
- الإحصائيات المحلية والإقليمية والدولية .

٧ - تدريب الضباط على إتقان تحرير محاضر ضبط المخدرات وفقاً لأحكام القانون حتى لا يكون هناك ثغرة يستفيد منها المتهم .

٨ - استحداث وتقنين طرق الكشف عن حالات التعاطى ، ومنها :

- حالات حوادث الطرق .
- مخالفات المرور الخطيرة .
- حالات التقدم لشغل الوظائف .
- حالات الالتحاق بالمعاهد والجامعات .
- حالات الانضمام للمؤسسات الاجتماعية والرياضية .

- حالات الحبس الاحتياطى .

٩ - تفعيل مواد القانون رقم ٨٠ لسنة ٢٠٠٢ والخاصة بمكافحة غسل الأموال المتحصلة من جرائم زراعة وتصنيع النباتات والجواهر المخدرة وجلبها وتصديرها والاتجار فيها .

١٠ - تفعيل قرار رئيس الجمهورية رقم ٤٥ لسنة ٢٠٠٢ بشأن تحديد نسبة من الأموال المحكوم نهائياً بمصادرتها لصالح الشعب بسبب تهريب المخدرات أو الاتجار فيها للإنفاق منها على تحديث ودعم الأجهزة ووسائل مكافحة المخدرات بالقوات المسلحة ووزارة الداخلية تنفيذاً للقانون رقم ٩٥ لسنة ٢٠٠٠ بشأن تنظيم فرض الحراسة وتأمين سلامة الشعب .

١١ - التوسع فى استخدام أسلوب التسليم المراقب وهو الذى يسمح للشحنات غير المشروعة من المخدرات بمواصلة طريقها إلى خارج إقليم بلد أو أكثر ، أو غيره أو إلى داخله ، بغية كشف هوية الأشخاص المتورطين فى ارتكاب جرائم الاتجار غير المشروع . باعتباره أسلوبا فعالا فى مكافحة المخدرات بصفة عامة ، وفى الاتجار غير المشروع بصفة خاصة.

فى مجال المكافحة التشريعية :

١- تعديل المادة ٣٧ والخاصة بالحكم الصادر ضد متعاطى ومدمنى المخدرات بحيث يحكم على من يضبط لتعاطيه المخدرات بعقوبة السجن بدلاً من الأشغال الشاقة المؤقتة على أن يترك للقاضى سلطة الأمر بإيداع من يثبت إدمانه من المحالين للمحاكمة بإحدى المصحات باعتباره مريضا .

٢ - تعديل المادة ٤٦ مكرر بحيث تطبق أحكام الإفراج الشرطى على المحكوم عليهم فى الجنايات المنصوص عليها فى قانون المخدرات بدلاً من حظر تطبيقها عليهم خروجاً على القواعد العامة .

٣ - تعديل مادة ٥٢ مكرر بحيث تتيح للنائب العام أو من يفوضه بأن يأمر بإعدام

النباتات المخدرة المضبوطة بمكان ضبطها بعد التحفظ على العينات المناسبة . حيث أن المادة الحالية تلزم بالتحفظ على هذه النباتات المخدرة لحين صدور الأمر بإعدامها .

٤ - يقترح أن تدخل الأموال المصادرة والمملوكة لتجار المخدرات ضمن مصادر تمويل صندوق مكافحة وعلاج الإدمان .

٥ - يقترح إضافة مادة تجيز إحالة المتهم المحال إلى محكمة الجنايات فى احدى الجنايات المنصوص عليها فى قانون المخدرات ممن صدر حكم بإدانته إلى جهاز المدعى العام الاشتراكى لفحصه وفقاً لأحكام القانون ٣٤ لسنة ٧١ بغرض فرض الحراسة على أمواله ولمنعه من تهريبها تمهيداً لاحالته إلى محكمة القيم .

٦ - ضرورة إنشاء السجون الخاصة للمحكوم عليهم فى جرائم المخدرات تطبيقاً لنص المادة ٣٧ من القانون ١٢٢ لسنة ٨٩ أو تخصيص أماكن لهم بالمؤسسات العقابية وكذا إنشاء مصحات لإيداع مدمنى المخدرات بغرض علاجهم طبياً ونفسياً واجتماعياً .

٧ - تعديل المادة ٣٦ بحيث تجيز للقاضى استخدام المادة ١٧ متى توافرت الظروف المخففة فله أن ينزل بالعقوبة درجة أو درجتين وفقاً للقواعد العامة بدلاً من النص الحالى الذى يقيد سلطة القاضى فلا يستطيع النزول بالعقوبة إلا درجة واحدة فقط .

فى مجال البحث العلمى :

١ - تركيز اهتمام الدولة بالبحث العلمى كأساس لمواجهة مشكلة المخدرات .

٢ - مد جسور التعاون بين الجهات المسئولة عن مكافحة المخدرات مع أجهزة البحث العلمى .

٣ - دعم البحوث العلمية الخاصة بمحور العمل على خفض الطلب .

٤ - يجب على شركاء المكافحة وضع نتائج البحث العلمى كأساس لبرامج وأساليب المكافحة

٥ - إنشاء قاعدة معلومات موحدة لكل ما يتعلق بالمخدرات يستعين بها كل من يعمل فى مجالات البحث العلمى ومكافحة الظاهرة .

٦ - دعم البحث العلمى الخاص بقضايا المخدرات لما له من أثر فعال فى كشف الجوانب السلبية والإيجابية وتقديم المقترحات للحد من المشكلة .

فى مجال التربية والتعليم والشباب :

١ - تبنى قنوات وزارة التربية والتعليم تقديم المعلومات العلمية والصحية عن أضرار وأخطار المخدرات وذلك بالأسلوب الملائم للمرحلة التعليمية .

٢ - تنظيم وعقد ندوات بالمدارس والمعاهد والجامعات للتوعية بمخاطر الإدمان .

٣ - التوسع فى استخدام الوسائل الإعلامية المطبوعة (مطبوعات ملصقات) المتضمنة مخاطر الإدمان والتحقير من شأن المتعاطى وذلك بين التجمعات الطلابية .

٤ - يجب أن تتضمن المناهج الدراسية جميع أبعاد مشكلة المخدرات (صحية - دينية - اقتصادية - اجتماعية ...) بما يلائم المراحل التعليمية .

٥ - إجراء مسابقات ثقافية على مستوى جميع قطاعات وإدارات التربية والتعليم وكذا الكليات والمعاهد لاختيار افضل الموضوعات حول مشكلة المخدرات والتصدى لها . وذلك بدراسة البناء المعلوماتى وطرق التفكير لدى القطاع الطلابى .

٦ - العمل على توعية الطلاب وأولياء الأمور بعدم استخدام العقاقير الطبية المنشطة التى تساعد على السهر إذ أن معظمها يحتوى على مواد مخدرة .

٧ - التركيز على الأنشطة الرياضية بالمدارس والجامعات ومراكز الشباب والأندية والتى من شأنها استقطاب طاقات الشباب وإبعادهم عن الإدمان .

فى مجال الإعلام :

١ - يجب الاستفادة من الدراسات الإعلامية الخاصة (الرسالة الإعلامية - المستقبلة للرسالة الإعلامية - الأسلوب العلمى لتخطيط الحملات الإعلامية) وذلك فى تخطيط الحملات الإعلامية للمكافحة .

٢ - إلزام مؤلفى ومخرجى الدراما بمراجعة المواقف الدرامية المتعلقة بالمخدرات مع المختصين كشرط أساسى لعرضها .

٣ - تركيز الحملات الإعلامية أساساً للجماعات الهشة مثل (أطفال الشوارع - الأطفال العاملين - النوادى - التجمعات الشبابية عموماً) .

٤ - تدريب القائمين على الاتصال المباشر على المهارات الاتصالية بشأن التوعية بمشكلة المخدرات .

٥- التركيز على الوازع الدينى بأسلوب ملائم يؤكد تحريم المواد المخدرة .

فى مجال الصحة :

١ - التوسع فى إنشاء مصحات للعلاج على مستوى جميع محافظات الجمهورية مع توفير الإمكانيات المادية لها (أجهزة - الأدوية الفعالة ... إلخ) وكذا إمدادها بالكوادر البشرية المدربة .

٢ - دعم العيادات الخارجية الملحقة بالقطاعات الآتية :

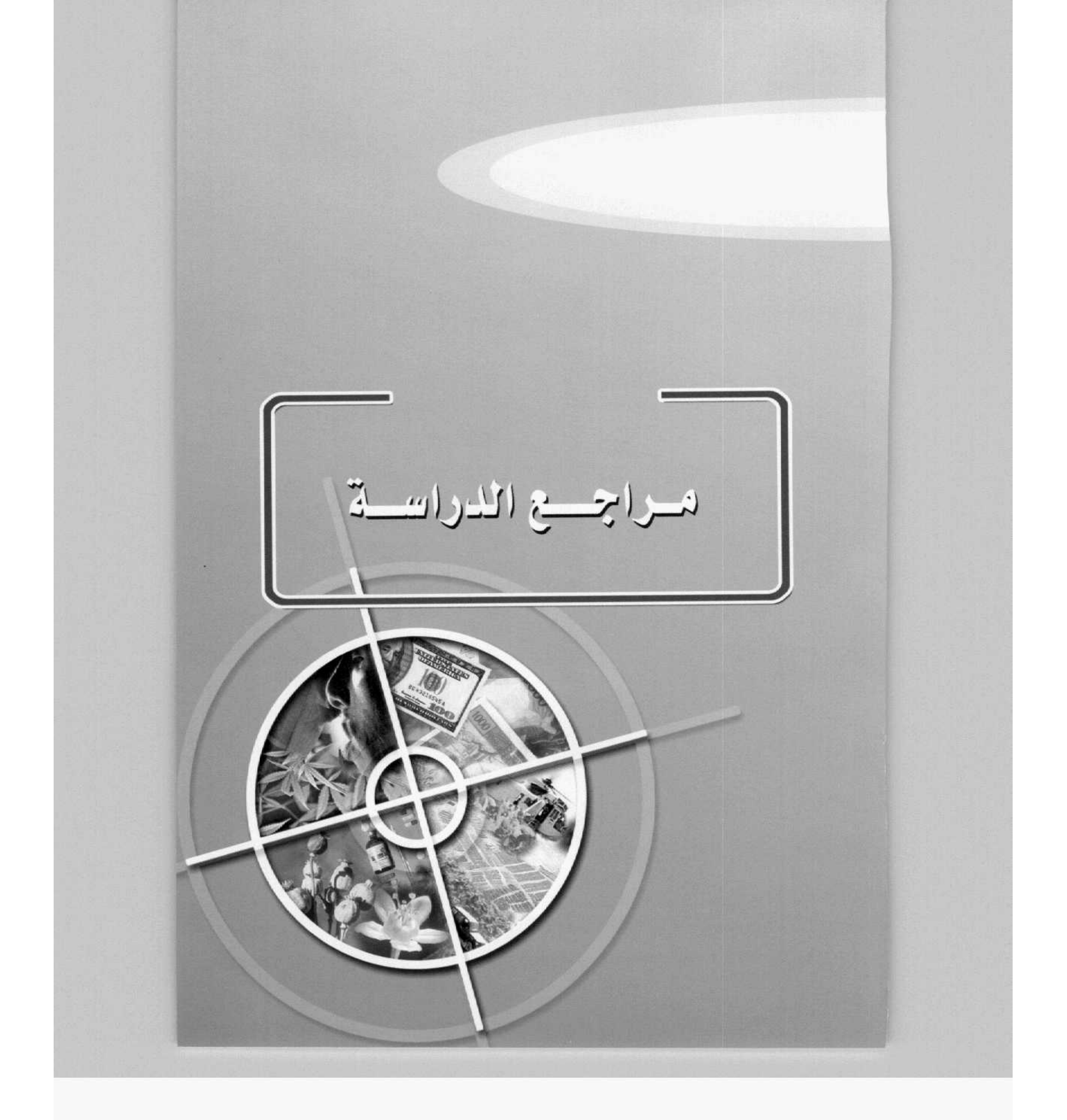
- خدمات الصحة المدرسية .
- خدمات الصحة لطلبة الجامعات .
- خدمات الصحة للعمال بجهات عملهم .
- خدمات الصحة الإنجابية (وحدات تنظيم الأسرة) .
- خدمات التأمين الصحى .

٣- يجب الفصل التام (إنشائياً وإدارياً) بين مصحات علاج الإدمان ومصحات الأمراض العقلية .

٤ - يجب الفصل داخل مصحات علاج الإدمان بين حالات الإدمان المحولة للمصحة بأحكام قضائية والحالات المتطوعة لطلب العلاج .

٥ - يجب رفع المستوى التدريبى للقائمين على علاج الإدمان وذلك من خلال التدريب المحلى وإيفاد بعثات تدريبية للخارج للاستفادة من تجارب وخبرات الدول الأخرى.

٦ - يجب العمل على تغيير الانطباع السائد لدى المجتمع عن العلاج النفسى مع دعم خدمات الطب النفسى بجميع قطاعات المجتمع .


مراجع الدراسة

أولاً : المراجع العربية

- أحمد أبو زيد ، البناء الاجتماعى ، الدار القومية للطباعة والنشر ١٩٦٦ .
- أحمد بركات ، فى بيتنا مدمن ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٩٨٦ .
- أحمد جمال أبو العزايم ، عن الديناميات النفسية فى أسر معتمدى العقاقير والكحوليات ، بحث مقدم للمؤتمر الثالث لمكافحة المخدرات ، وزارة الداخلية ، الإسماعيلية ١٩٨٤ .
- أحمد زكى بدوى ، قاموس علم الاجتماع ، مكتبة لبنان ، بيروت .
- أحمد عزت راجح ، أصول علم النفس ، الدار القومية للطباعة والنشر ، الإسكندرية ١٩٦٦ .
- الأمم المتحدة ، التعرف على المواد النفسية للمدمنين ١٩٧٥ .
- السيد محمد بدرى ، المجتمع والمشكلات الاجتماعية ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٥٧ .
- المجالس القومية المتخصصة ، الخمر والمخدرات ، أوراق لم تنشر .
- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، ظاهرة المخدرات ، دراسة توثيقية للبحوث والدراسات الاجتماعية ، القاهرة ٢٠٠٠ .
- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، تاريخ المخدرات والمجتمعات المستهدفة ، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان ، القاهرة ١٩٩٩ .
- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، المخدرات أوهام ، أخطار ، حقائق ، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى ، الطبعة الثانية ، القاهرة، ١٩٩٩ .
- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، البرنامج القومى عن تعاطى وإدمان المخدرات، ٢٠٠٠ - ٢٠٠١ .
- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المسح الشامل لظاهرة تعاطى وإدمان

المخدرات ، الطبعة الثانية ، القاهرة ٢٠٠٠ .

- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، الشباب المصرى وظاهرة المخدرات ، القاهرة ٢٠٠٢ .

- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، التعاطى والإدمان بين العمال ، القاهرة ٢٠٠٠ .

- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، تعاطى الحشيش ، مارس ١٩٦٤ .

- حسين مرسى ، مجانية البانجو ، المركز المصرى للدراسات والبحوث الإعلامية ، القاهرة .

- حمدى الحكيم ، الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطى المخدرات ١٩٧١ .

- خيرى السمرة ، الإدمان ، ورقة مقدمة إلى المؤتمر الثالث لمكافحة المخدرات ١٩٨٣ .

- سعد المغربى ، تعاطى المخدرات ، المشكلة والحل ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٩٨٥ .

- سعد جمعه ، الشباب والمشاركة السياسية ، سلسلة علم الاجتماع المعاصر ، القاهرة ١٩٨١ .

- سعد جلال ، المرجع فى علم النفس ، دار المعارف المصرية ١٩٨٧ .

- سلوى على سليمان ، البطالة فى مصر وقضية التنمية ، المؤتمر الأول لقسم الاقتصاد ، كلية الخدمة الاجتماعية ، الفيوم ١٩٨٩ .

- سمير نعيم أحمد ، الدراسة العلمية للسلوك الإجرامى ، مقالات فى المشكلات الاجتماعية والانحراف الاجتماعى ، مكتبة سعيد ، القاهرة ١٩٦٨ .

- صبرى رمضان أمين وآخرون ، الأضرار الاقتصادية لمشكلة المخدرات فى مصر ، بحث مقدم إلى الدورة الأساسية الخامسة للإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، القاهرة ١٩٨٣ .

- طارق سليم ، الاتجار غير المشروع للمواد المخدرة (بحث داخلى بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، مسلسل ١ / ٢٩ ، القاهرة ، غير مبين التاريخ .

- عادل الدمرداش ، الإدمان مظاهره وعلاجه ، عالم المعرفة ، العدد (٢) ، الكويت ١٩٨٢ .

- عادل صادق ، الإدمان له علاج .

- عبد الرؤوف الضبع ، البطالة ومشكلات الشباب ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ١٩٩٣ .

- عدلى السمرى ، مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ١٩٩٣ .

- علا مصطفى وآخرون ، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، تاجر المخدرات والمجتمعات المستهدفة ، القاهرة ، ١٩٩١ .

- عبد العزيز القوصى ، علم النفس الأساسى ، دار المعارف ، القاهرة ,١٩٧٢

- عبد العزيز القوصى ، الصحة النفسية ، مكتبة النهضة المصرية ١٩٥٢ .

- عبد المجيد لطفى ، علم الاجتماع ، دار المعارف ، الطبعة الثانية ,١٩٦٦

- عبد المنعم شوقى ، مجتمع المدينة ، مكتبة القاهرة الحديثة ، الطبعة الرابعة ، القاهرة ١٩٦٦ .

- عبد المنعم عطيه ، طرق وأساليب مكافحة زراعات النباتات المخدرة (قسم مكافحة جرائم المخدرات ، إدارة البحث الجنائى ، قنا ١٩٨٠ .

- على فهمى ، مكافحة المخدرات بين التشريع والواقع بالوطن العربى ، دراسة فى علم الاجتماع القانونى ، ندوة مشكلة المخدرات بالوطن العربى ، القاهرة ٤ - ١٠ مايو ١٩٧١ .

- علياء شكرى وآخرون ، دراسة المشكلات الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ،

الإسكندرية ١٩٩٣ .

- فتحى عيد ، السنوات الحرجة فى تاريخ المخدرات ، نذر الخطر وعلامات التفاؤل ، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية ، الرياض ١٩٧٨ .

- فتحى عيد ، المخدرات والعقاب والسلطان ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٩٨٥ .

- فتحى عيد ، التعاون الأفريقى فى مجال مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية ، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الأول لبحوث ودراسات منع الجريمة ، ٢٩ نوفمبر - ٦ ديسمبر ١٩٨٥ ، القاهرة ١٩٨٥ .

- فتحى عيد وآخرون ، الهيروين والكوكايين فى مصر والعالم ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٩٨٥ .

- فرهاد محمد على ، تحليل جوانب أبعاد المشكلة القومية للمخدرات فى مصر ، بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمى الثالث لمكافحة المخدرات بمحافظة الإسماعيلية خلال الفترة من ١٢ - ١٤ مارس ١٩٨٤ .

- فرهاد محمد على ، تحليل جوانب وأبعاد مشكلة المخدرات فى محافظة الإسكندرية ، بحث مقدم إلى مؤتمر إدمان المخدرات وعلاج المدمنين والمنعقد تحت إشراف الجمعية المصرية للطب والقانون بمحافظة الإسكندرية خلال الفترة من ١٧ - ١٩ ديسمبر ١٩٨٥ .

- فكرى كامل مفتاح ، الرقابة الدولية على المخدرات ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، القاهرة ١٩٨١ .

- ماهر أبو المعاطى وآخرون ، الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الشباب ، جامعة حلوان ١٩٩٩ .

- محمد حسن ، الأسرة ومشكلاتها ، المكتبة الاجتماعية ، دار المعارف ١٩٦٨ .

- محمد عاطف غيث ، دراسات فى علم الاجتماع الفردى ، دار المعارف ١٩٦٧ .

- محمد سلامه قبارى ، الإدمان وأسبابه ونتائجه وعلاجه ، المكتب الجامعى الحديث ، الإسكندرية ١٩٩١ .

- محمد شرف ، الهيروين واللياقة البدنية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ١٩٨٥ .

- محمود عبد الفضيل ، جيهان دياب ، أبعاد مكونات الاقتصاد الخفى وحركة الأموال السوداء فى الاقتصاد المصرى (١٩٧٤ - ١٩٨٤) فى إطار نظام متطور للحسابات القومية ، مجلة مصر المعاصرة ، الجمعية المصرية للاقتصاد السياسى ، العدد ٤٠٠ ، أبريل ، ١٩٨٥ .

- محمود محمد سيف ، الجوانب الاقتصادية لمشكلة المخدرات فى ج.م.ع ، ندوة مشكلة المخدرات ، جامعة عين شمس ٣ - ٤ أبريل ١٩٨٣ .

- مصطفى سويف ، المخدرات والمجتمع : نظره متكاملة ، سلسلة عالم اليوم، العدد ٢٠٥ ، الكويت ١٩٩٦ .

- مصطفى سويف ، الطريق الأخر لمواجهة مشكلة المخدرات ، خفض الطلب، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات ، القاهرة ١٩٩٠ .

- مصطفى سويف ، تعاطى المواد المخدرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات، دراسة ميدانية فى الواقع المصرى ، المجلة الاجتماعية القومية ، مج ٣٢ ع، يناير - مايو ١٩٩٥ .

- مصطفى عبد الحميد صفوره ، الجانب المنهجى فى إجراء البحوث الوبائية لتعاطى المخدرات ، بحث مقدم إلى مؤتمر " دور المجتمع فى معالجة مشكلة الإدمان " الأقصر ١٩٨٠ .

- مصطفى فهمى ، الصحة النفسية ، دار الثقافة ، القاهرة ١٩٦٣ .

- ملاك جرجس ، السموم البيضاء والسلوك البشرى ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ،

القاهرة .

- نادره وهدان ، الآثار الاجتماعية والاقتصادية لظاهرة انتشار المخدرات فى ج.م.ع ، معهد التخطيط القومى

- القاهرة ١٩٨٦ .

ثانياً : تقارير ودوريات

- الأمم المتحدة ، تقرير مراقبة العقاقير ، نيويورك ١٩٨٢ .

- التقرير الوطنى المقدم إلى الدورة الخاصة رقم ٢٠ للجمعية العامة لمنظمة الأمم المتحدة الخاصة بمناقشة مشكلة المخدرات ، نيويورك ١٩٩٨ .

- التقارير السنوية للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ، منشورات الأمم المتحدة ، نيويورك ١٩٨٧ .

- تقرير المخدرات ، المجالس القومية المتخصصة ، القاهرة ، ١٩٨٥ .

- اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١ ، الأمم المتحدة ، نيويورك ,١٩٧٩

- اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الإتجار غير المشروع فى المخدرات والمؤثرات العقلية ، الأمم المتحدة ، نيويورك ١٩٩١ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٣ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٤ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٥ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٦ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٧ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٨ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٨٩ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٠ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩١ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٢ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٣ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٤ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٥ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٦ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٧ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٨ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٩ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠٠ .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ٢٠٠١ .

- وثائق مؤتمر كوبنهاجن للتنمية الاجتماعية ، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية ، القاهرة ١٩٩٧ .

- نشرة المخدرات ، برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات ، المجلد الثانى والخمسون ، العدد ١ ،٢ التكاليف الاقتصادية والاجتماعية لتعاطى مواد الإدمان .

- وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، التقرير السنوى لعام ١٩٩٧ .

ثالثا: المراجع الأجنبية

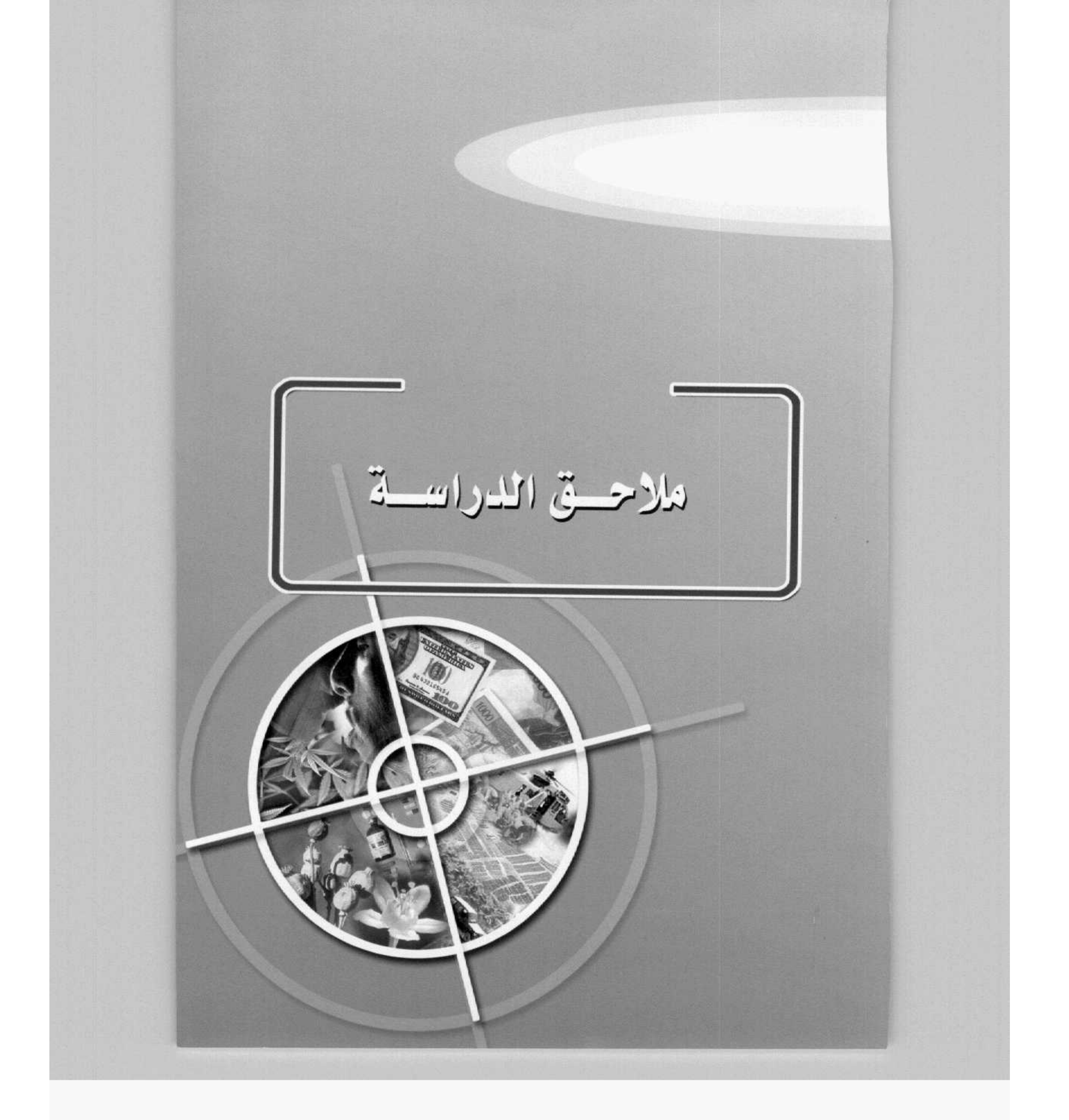
Adler , P . T ; Drug Use Among High School Students :
Pollerus and Correlates ; The International Journal of The Addictions . Vol . 8 , 1973 .

- Alexander , Bruce . Opiat Addicts and Their Parental Family Process . 1975 .
- Apsler , Adults Drug Use , American Journal of Drug and Alcohol Abuse , Vol. 6 , 1979 .
- Attardo , Nettie ,Psychodynamic Feetonsin Mother-Child Relationship in Adolescent Drug Addiction : A Comparison of Mothers of a Schizopherapy and Psychosomatics, 1965.
- Bear Daniel J . and Carrad , J awes J. Herain Addict Belationships with Parents During Childhood and Early Adolescent years, Journal of Genetic Psychology 1974 .
- Blum, Richard Ho, et Al, Horatic Algers Children The Role of The Family in The Origin and Prevention of Drug Risk. San Francisco. Jessey-Bass. 1972 .
- Chein Isidor, et Al. The Family of The Addict. In Chein I. The Boad to H: Narcotics, Delinquency, and Socio Policy. New York, Books, 1964.
- Chein, I, et I : Narcotics, Deliquency Socid Policy. Tavistock Publication . London 1964.
- Colemamand & Cressy; " Social Problems; New York, Harperand Row, 1984.
- Defrast, John, W. Roberts. Drug Abuse. A Family Affair. Jaurnal of Drug Issues, 1974.
- Edward J. Catherine J. Psychodynamics of Drug Dependence : Au Overview. NIDA. Research Monograph 1977.
- Fenichel, O. ; The: Psychoanalytic Theory of Narcotics Routliedge & Kegan Paul LTD London 1963.
- Fors, S.W; The Social and Demografic Orrlotes of Addescent Drug Use Pollerns, Journal of Drug Education Vol. 13-1983.
- Forslund. Hi " Drug and Delinquent Behavior of Small Town and Rural Youth . Journal of Drug Addiction , Vol. 7, 1978.

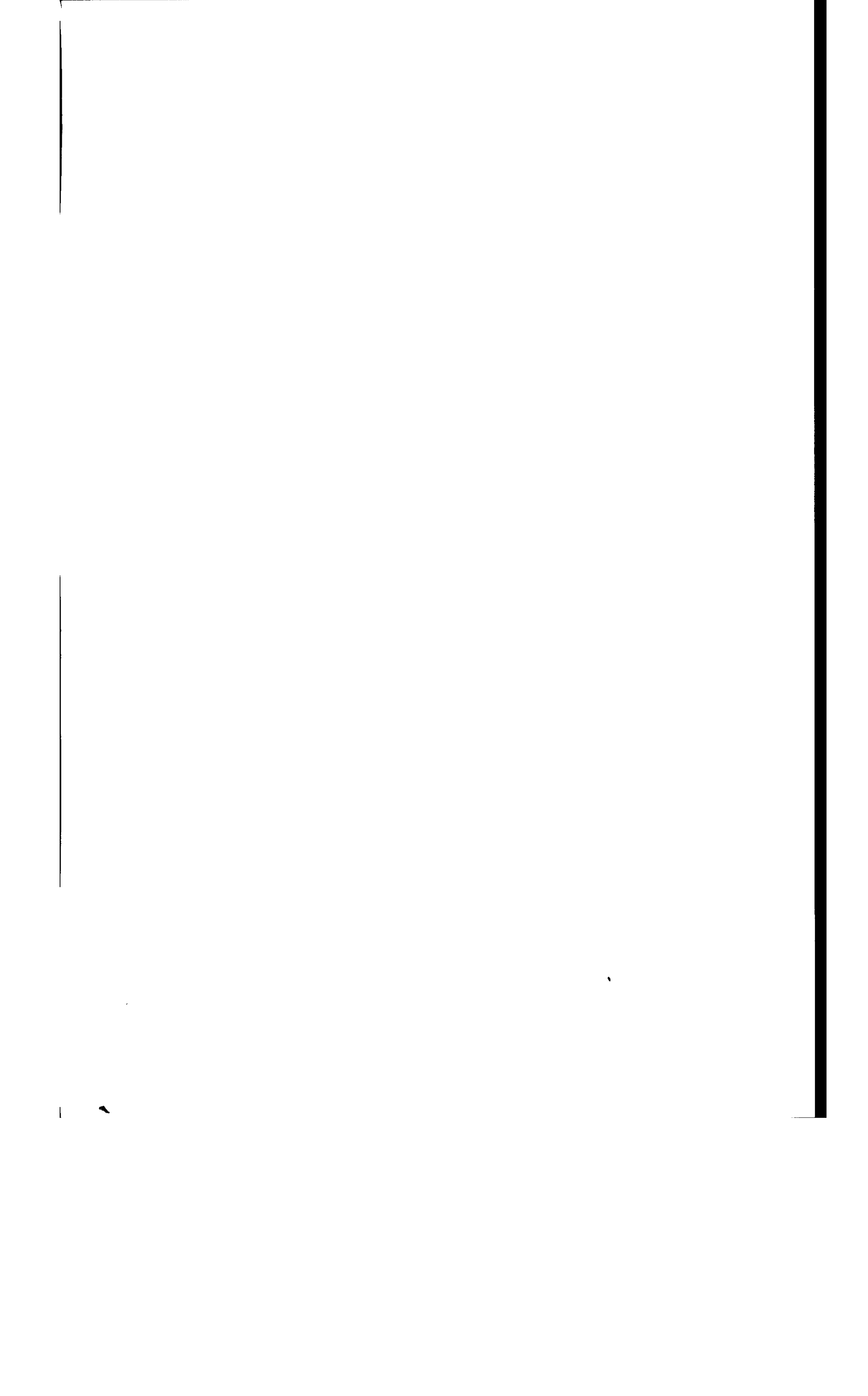
- Frankel , Phylis M., Bahling, Chaneles F. , The Parents of Drug Users. Journal of College Students Personal 1975.
- Glgun T. J. " From Family to Peer " . A Review of Transimision of Enfluence Among Drug Using Youth, Journal Youth and Adolescence. Vol, 13,1981.
- Girdono, D.A, Drug Education Content and Methods, New York, Random House, 1988 .
- Grupp S.F; Morijuana Use in a Small College " Thee Internet Journal of the Addiction, Vol. 16,1971.
- Isabell I , H & White , W. Clinical Characteristics of Addictions. Reprint From The American I of Medicine . Vol. 14, 1959.
- James M . Social Problems MC . Grow-Hill , 1983 .
- Kandel , D . and Foust , R . : Sequences and Stages in Patterns of Adolescent Drug Use Vol . 32 . 1975 .

- Kandel D . et Al . Antecedents of Adolescent Imitation Into Slages of Drug Vse : A Developmental Analysis . In D.B. Kandal (Ed) . Longitudinal Research on Drug Use . Washington , D.C. Henisphere 1978.
- Kandel , Denise , Adolescent marijuanas Rlie of Parents and Pears, Science-1973.
- Internalional Journal of The Addiction . The Family of Addict. 1972.
- Martin , B: Abnormal Psychology : Clinical and Scientific Perspectives V.S.A. Hall , Rimehart and Winskon , (2 nd Ed) 1981 .
- Maurer , D.W. & Vogel . V.H: Narcotics and Nacotics Addiction. Springfield 11 : Charles C. Thowas , 1954.
- Mc. Dowel " Social Problems " , New York , John Wiby , 1986 .
- Pierre , J.E. Delinquency Heroin Addiction Britian. British Journal of Criminology Vol. 9 , 1969 .
- Robertson , Social Problems " New York , Ramgon Honse .
- Rode , 5 Narcotic Bendage . American J. of Psychiatry.
- Rode, S. : Psychoanalysis of Pharmachothenia . Psycho analytic . Qua 2.7.1983 .
- Rollins ; Adolescent Drug Use and the Alientation Syndrome . Journal of Drug Education , Vol. 2.1972.
- Roseuberg Chein , Young Drug Addicts . The Journal of Nervous and Mental disease. 1965 .
- Rosenberg Chein M. The Young Addict and His Family . British Jour-

nal of Psychiatry 1971 .
- Roser , W.R.: Narcotics Addicts : Peronality Charcteristics & Hospital Treatment . Reprint From Hock a Zubin . Problems of Addiction and Habitation .
- Seldin Nathon , E. The Family of The Addict : A Reviw of The Literature International Journal of the Addiction : Vol .7 . 1972.
- Scherer, S.E, Madera To Hard Drug Users Among College Students , British Journal of Addiction. Vol. 66 1971.
- Singer H ; The School Counselor and the Drug Problem School Counselor , Vol. 19, 1972 .
- Stamton et Al : Heroin Addiction as a Family Phenomenon . A New Conceptual Model . Amen J . of Drug and Alcohol Abuse , 1978 .
- The Effect of Carrier and Later Transition Into Middle School On Sludents Psychosocial a Djustment and Drug Use , Journal of Filuction , Vol. 16, 1986 .
- U.N, World Drug Report 2.... U.N.O. Dccp , United National Office For Drug Control and Crime Prevention , Printed in Great Britian By The Bath Press Ld . Bath 2....
- Weil, A.T. et Al: Clinical and Psychological Effects of Marijuana on man . Science . 1968 .



ملاحق الدراسة



جامعة عين شمس
معهد الدراسات والبحوث البيئية
قسم الاقتصاد والقانون والتنمية الإدارية

استمارة استبيان دراسة

الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات واستراتيجية مواجهتها "دراسة ميدانية"

مقدمه من

الباحث / سيد أحمد محمديـن

للحصول على درجة دكتوراه
الفلسفة في العلوم البيئية

تحت إشـــراف

أ.د/ عبيد محمد عنان   أ.د/ نادره عبد الحليم وهدان

بيانات هذه الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي

أولاً: البيانات الأساسية:

س ١ النوع (١) ذكر (٢) أنثى

س ٢ السن : .... سنة

س ٣ محل الميلاد : محافظة ....مركز / قسم...... قرية ....

س ٤ محل الإقامة الحالى : محافظة...... مركز / قسم ...... قرية ....

س ٥ الحالة الاجتماعية :

(١) لم يسبق له الزواج (٢) خاطب - خطوبة أو عقد قران

(٣) متزوج (٤) أرمل

(٥) منفصل (٦) مطلق يسأل س٦

س ٦ إيه هى أسباب الطلاق ؟

- خلافات أسرية .... (١)
- أزمات مالية .... (٢)
- إختلاف الطباع وعدم التفاهم .... (٣)
- دخول أحد الزوجين السجن .... (٤)
- تعاطى أحد الزوجين المخدرات أو الاتجار فيها .... (٥)
- أخرى تذكر ....

س ٧ عدد أفراد الأسرة اللى عايش معاهم كام ؟ يذكر العدد ....

س ٨ وأنت ترتيبك كام فى الأسرة ؟ يذكر الترتيب ....

المسكن :

س ٩ مسكنك الحالى إيه من اللى حقولك عليه ؟

- سكن ملك .... (١)
- سكن بالإيجار .... (٢)
- إيجار مشترك .... (٣)

أخرى تذكر ....

س ١٠ ياترى إيه نوع السكن بتاعك من الأنواع اللى حقولك عليها ؟

النوع		عدد الغرف
- غرفة مستقلة	(١)	....
- غرفة مستقلة فى شقة مشتركة..............	(٢)	....
- شقة	(٣)	....
- بيت خاص..............................	(٤)	....
- فيلا	(٥)	....
- إيواء حكومة	(٦)	....

- أخرى تذكر ....

الحالة التعليمية :

س ١١ أتعلمت لأى مرحلة ؟

- أمى لم يدخل المدرسة .... (١)
- تسرب من التعليم .... (٢)
- يقرأ ويكتب .... (٣)
- تعليم ابتدائى .... (٤)
- تعليم إعدادى .... (٥)

- تعليم ثانوى عام أو فنى .... (٦)
- تعليم فوق المتوسط .... (٧)
- تعليم جامعى .... (٨)
- تعليم فوق الجامعى .... (٩)

س ١٢ إيه الظروف اللى ما خلتكش تتعلم أو تكمل تعليمك ؟

- سوء الحالة المادية .... (١)
- عدم الرغبة فى التعليم .... (٢)
- تكرار مرات الرسوب .... (٣)
- الرغبة فى العمل والكسب المادى .... (٤)
- مساعدة الأسرة .... (٥)
- الزواج المبكر (للفتيات) .... (٦)
- بعد المدرسة عن مكان الإقامة .... (٧)
- الأصدقاء .... (٨)
- أخرى تذكر ....

س ١٣ يا ترى إيه شعورك لأنك ما اتعلمتش ؟

- الضياع .... (١)
- الإحساس بالندم .... (٢)
- يستوى الأمر لديه .... (٣)
- أخرى تذكر ....

وقت الفراغ :

س ١٤ وهل عندك وقت فراغ ؟ نعم (١) لا (٢)

س ١٥ وبتقضيه فين ؟

- المنزل .... (١)
- مراكز الشباب .... (٢)
- المقهى .... (٣)
- السينما والمسرح .... (٤)
- النادى .... (٥)
- الشارع .... (٦)
- أخرى تذكر ....

س ١٦ وبتقضيه فى إيه ؟

- مشاهدة التليفزيون أو الفيديو .... (١)
- ممارسة الرياضة .... (٢)
- ألعاب التسلية .... (٣)
- زيارة الأقارب .... (٤)
- القراءة .... (٥)
- الخروج مع الأصحاب .... (٦)
- تعاطى المخدرات .... (٧)
- أخرى تذكر ....

س ١٧ يا ترى أنت عضو فى أى جمعية أو حزب أو نادى يذكر ؟

- عضو فى حزب .... (١)

- عضو فى إحدى الجمعيات الخيرية .... (٢)
- عضو فى جمعية علمية .... (٣)
- عضو فى جمعية علمية .... (٤)
- عضو فى نقابة .... (٥)
- عضو فى نادى اجتماعى .... (٦)
- أخرى تذكر ....

س ١٨ إيه هى الحاجات اللى ممكن تسليك ؟

- الأكل ....(١)
- الجنس .... (٢)
- الرياضة ....(٣)
- الرحلات ....(٤)
- تعاطى المخدرات .... (٥)
- أخرى تذكر ....

الحالة الاقتصادية :

س ١٩ أنت بتشتغل إيه ؟

طالب (١) موظف حكومة (٢) أعمال حرة (٣) لا يعمل (٤)

س ٢٠ إذا كان طالباً أو لا يعمل : بتاخذ مصروف أد إيه فى اليوم ؟ ..... بالجنيه

س ٢١ إذا كان يعمل : بتكسب كام فى الشهر تقريباً ؟ .... بالجنيه

س ٢٢ وبتصرف الدخل ده على مين ؟

- بصرفه على نفسى .... (١)

- توفير احتياجات الأسرة .... (٢)

- أخرى تذكر ....

س ٢٣ قد إيه بتصرف على نفسك منه بالتقريب ؟

- يذكر المبلغ ....

- لا أصرف شيء على نفسي

س ٢٤ وبتصرفه فى ايه ؟ (متعدد الإجابات)

- غذاء ....

- ملابس ....

- تدخين ....

- قراءة ....

- كحوليات ....

- مخدرات ....

- الفسح مع الأصحاب ....

- رياضة ....

- أخرى تذكر ....

ثانياً : بيانات أسرة المتعاطى :

س ٢٥ أنت عايش مع مين ؟

- بمفرده .... (١)

- مع أسرته الصغيرة (للمتزوجين) .... (٢)

- مع أسرته والأب والأم .... (٣)

- مع الأب والأم والأخوة .... (٤)
- مع الأب والأم والأخوة المتزوجين .... (٥)
- مع الأخوة فقط .... (٦)
- أخرى تذكر ....

س ٢٦ يا ترى الأب :

عايش معاكم (١) مسافر (٢) غير مقيم أو منفصل (٣) متوفى (٤)

س ٢٧ ويا ترى الأم :

عايشة معاكم (١) مسافرة (٢) غير مقيمة أو منفصلة (٣) متوفية (٤)

س ٢٨ فيه حد منهم بيسافر خارج البلاد ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٢٩ مين هو ؟

الأب (١) الأم (٢) الاثنين (٣)

س ٣٠ سافر فين ، سافروا فين ؟

دولة عربية (١) دولة اجنبية (٢)

س ٣١ والفترة اللى بيغيب فيها قد إيه ؟ تذكر المدة ....

س ٣٢ بيرجع / بيرجع كل أد إيه ؟

- مرة فى السنة .... (١)
- مرتين فى السنة .... (٢)
- فى الظروف الطارئة .... (٣)
- أخرى تذكر ....

س ٣٣ يا ترى دخل الأسرة أد إيه فى الشهر ؟ يذكر الدخل بالتقريب ....

س ٣٤ هل دخل الأسرة ده كان بيكفى احتياجات الأسرة ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٣٥ ليه (فى حالة لا) ....

....

س ٣٦ طيب يا ترى شكل العلاقة بين أفراد أسرتك ايه ؟

- علاقة ود وحب .... (١)

- علاقة كلها مشاكل .... (٢)

- مفيش حد بيسأل عن حد .... (٣)

س ٣٧ يا ترى فى حد من أفراد اسرتك بيعاملك بقسوة ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٣٨ مين هو الشخص ده (نذكر صلة القرابة) ؟

الأب (١) الأم (٢) أحد الإخوة أو الأخوات (٣)

عم / خال / عمة / خالة (٤) جد / جدة (٥)

س ٣٩طب ليه بيعاملك بقسوة ؟

- عدم الانتظام فى المذاكرة .... (١)

- عدم الانتظام فى العمل .... (٢)

- المشى مع رفاق السوء .... (٣)

- التدخين وتعاطى المخدرات .... (٤)

- الاعتداء على الإخوة .... (٥)

- أخرى تذكر ....

س ٤٠ طب يا ترى فيه تغيرات حصلت فى شخصيتك هى اللى خلتك تلجأ إلى التعاطى ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٤١ ايه هى التغييرات دى ؟

....

....

....

س ٤٢ هل أنت بتدخن سجائر ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٤٣ بتدخن قد إيه فى اليوم ؟

- أقل من علبه .... (١)
- علبه .... (٢)
- أكثر من علبه .... (٣)

س ٤٤ أول ما بدأت التدخين كان عندك كام سنة ؟ يذكر السن ....

س ٤٥ مين اللى شجعك إنك تدخن ؟

- أحد الأصدقاء .... (١)
- زملاء المدرسة .... (٢)
- تقليد الأصدقاء .... (٣)
- أخرى تذكر ....

س ٤٦ طيب في حد من أفراد أسرتك بيدخن ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٤٧ مين هو ؟

الأب (١) الأم (٢) الأخوة (٣)

س ٤٨ متى بدأت في تعاطي المخدرات ؟

- من ١٠ - ١٥ سنة .... (١)
- من ١٥ - ٢٠ سنة .... (٢)
- من ٢٠ - ٢٥ سنة .... (٣)
- من ٢٥ فأكثر .... (٤)

س ٤٩ لما أسرتك عرفت إنك بتتعاطي مخدرات ، كان رد فعلها تجاهك إيه ؟

- معاملة سيئة .... (١)
- خفض المصروف .... (٢)
- بعد إخواتي عني .... (٣)
- عدم السماح لي بمعرفة أصدقائي .... (٤)
- الوقوف بجانبي وتقديم النصح والإرشاد .. (٥)
- أخرى تذكر ....

س ٥٠ طيب في حد من أفراد أسرتك بيتعاطي مخدرات ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٥١ مين هو ؟

الأب (١) الأم (٢) أحد الإخوة أو الأخوات (٣)

عم / خال / عمة / خالة (٤) جد / جدة (٥)

ثالثاً: حالة المتعاطى ودوافع التعاطى؟

س ٥٢ فيه حد بيتعاطى مخدرات من أصدقائك ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٥٣ كان عمرك كام سنة لما ابتديت تأخذ مخدرات ؟

....

س ٥٤ يا ترى أول مرة أخذت فيها المخدرات دى كانت فين ؟

- المدرسة .... (١)
- المنزل .... (٢)
- منزل أحد الأصدقاء .... (٣)
- السيارة .... (٤)
- الأماكن الخالية .... (٥)
- النادى .... (٦)
- المقهى .... (٧)
- الشارع .... (٨)
- أخرى تذكر ....

س ٥٥ وكنت بتأخذ إيه ؟

- يذكر نوع المخدر ....

س ٥٦ وبتكون مبسوط لما بتتعاطى مع مين ؟

- بمفرده .... (١)

- أحد الأصدقاء .... (٢)
- أحد الأقارب .... (٣)
- زملاء العمل .... (٤)
- أحد أفراد الأسرة .... (٥)
- أخرى تذكر ....

س ٥٧ ايه خلاك تتعاطى فى البداية ؟

- الشعور بالفراغ والملل .... (١)
- حب الاستطلاع .... (٢)
- عزومة أحد الأصدقاء .... (٣)
- للتغلب على الإحساس بالوحدة .... (٤)
- كثرة المال .... (٥)
- لتجديد النشاط .... (٦)
- مشاركة الأصدقاء .... (٧)
- لإثبات الرجولة .... (٨)
- رسوب فى الدراسة .... (٩)
- فشل فى علاقة عاطفية .... (١٠)
- خسارة مالية .... (١١)
- مشكلات أسرية أو إهمال الأسرة وتفككها ... (١٢)
- أخرى تذكر ....

س ٥٨ يا ترى حد شجعك على التعاطى ؟

نعم (١)   لا (٢)

س ٥٩ مين هو ؟

- صديق .... (١)
- قريب .... (٢)
- زميل .... (٣)
- أخرى تذكر ....

س ٦٠ يا ترى كان إيه إحساسك فى أول مرة تعاطيت فيها ؟

- الفرفشة (دماغ عالية) .... (١)
- الإحساس بالانبساط والضحك المستمر ... (٢)
- توهان وعدم تركيز .... (٣)
- الإحساس بالدوخة والصداع .... (٤)
- عدم وجود شهية للأكل .... (٥)
- قيء وإسهال .... (٦)

س ٦١ وانت لسه مستمر فى تعاطى المخدرات ؟

- بطلت .... (١)
- من وقت لآخر .... (٢)
- عدم إمكان التوقف .... (٣)
- فقط مع الأصدقاء .... (٤)
- أخرى تذكر ....

س ٦٢ يا ترى ليه أنت مستمر فى تعاطى المخدرات ؟

- وجود أمراض جسمية .... (١)
- وجود أمراض نفسية .... (٢)
- عدم الرغبة فى التوقف .... (٣)
- عدم إمكانية الإستغناء عن المخدر .... (٤)
- حتى لا أفقد الأصدقاء .... (٥)
- لتضييع وقت الفراغ .... (٦)
- عدم القدرة على العلاج .... (٧)
- الهروب من الواقع .... (٨)
- أخرى تذكر ....

س ٦٣ يا ترى حاولت تتوقف عن التعاطى قبل كده ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٦٤ آخر مرة تعاطيت فيها المخدرات كانت امتى ؟ ....

س ٦٥ وإيه الأسباب اللى خلتك تتوقف عن التعاطى ؟

- الرغبة فى العلاج .... (١)
- عدم القدرة المادية .... (٢)
- دخول السجن .... (٣)
- تدهور الصحة .... (٤)
- رؤية موقف صعب .... (٥)
- الهداية من الله .... (٦)

- تدخل أحـد أفـراد الأسـرة .... (٧)

- تدخل أحـد الأصـدقـاء .... (٨)

- أخرى تذكر ....

س ٦٦ طيب عملت إيه علشان تبطل / توقف المخدرات ؟

- توجهت لطبيب .... (١)

- توجهت لمركز علاجى .... (٢)

- لجأت للأسرة لمساعدتى .... (٣)

- أخرى تذكر ....

س ٦٧ بتصرف أد إيه على العلاج ؟

....

س ٦٨ ممكن تقول إيه الأعراض اللى حسيت بيها لما بطلت / توقفت عن المخدرات ؟ (متعدد الإجابات)

- الشـعـور بالـصـداع ....

- الاشـتـهاء لـلـمخـدر ....

- فقدان الشهـيـة للطعام ....

- الـقــىء ....

- الضـيـق والتــوتر ....

- حكة فى الجلد ....

- رجـفـة وارتـعـاشـات ....

- أوجـاع بالجـسم ....

- إرهاق شديد وضيق عام ....
- تدميع العينين ....
- أخرى تذكر ....

س ٦٩ كيف كنت بتحصل على المخدر ؟

- بسهولة شديدة .... (١)
- صعوبة إلى حد ما .... (٢)
- بصعوبة شديدة .... (٣)

س ٧٠ وكنت بتحصل على المخدر منين ؟ (متعدد الإجابات)

- عن طريق أحد الموزعين ....
- الصيدلية ....
- عن طريق صديق ....
- من النوادى ....
- من أقارب ....
- أخرى تذكر ....

س ٧١ كنت بتتعاطى إيه من المواد اللى هقولك عليها ؟ (متعدد الإجابات)

- حشيش ....
- بانجو ....
- أفيون ....
- هيروين ....
- كودايين ....

- ماكستون فورت ....
- أقراص مخدرة ....
- أدوية كحة ....
- بنزين - كولة - دوكو ....

س ٧٢ وتأخذ المخدر كل أد إيه ؟

- يوميا - عدد المرات .... (١)
- أسبوعيا .... (٢)
- شهريا .... (٣)

س ٧٣ بتصرف كام على المخدر يوميا ؟

- أقل من عشر جنيهات (١)
- من ١٠ - ١٥ (٢)
- من ١٥ - ٢٠ (٣)
- من ٢٠ - ٢٥ (٤)
- من ٢٥ - ٣٠ (٥)
- من ٣٠ - ٣٥ (٦)
- من ٣٥ - ٤٠ (٧)
- من ٤٠ فأكثر (٨)

س ٧٤ بتأخذه إزاى ؟

- مع التدخين .... (١)
- بالشم .... (٢)

- الإبـر والحـــــقـن .... (٣)
- أكـــشـــر من طريقــة .... (٤)
- أخرى تذكر ....

س ٧٥ يا ترى حصل إنك غيرت نوع المخدر ؟

نعم (١)   لا (٢)

س ٧٦ يا ترى ليه غيرت نوع المخدر ؟

- عـدم توفـر المخـدر اللى أنا متـعـود عليـه .... (١)
- الرغـبـة فى التـجـريب وحب الاسـتطلاع .... (٢)
- الحـصـول على تأثيـر أقـوى ومـخـتلف .... (٣)
- عـلاج حـالات الأرق وعـدم النوم .... (٤)
- تحـسـين الأداء الجنسى .... (٥)
- وفـــرة المال .... (٦)

س ٧٧ وبتتعاطى فين فى الغالب ؟

- فـى الـبـــيـت .... (١)
- فى النادى أو مـركـز الشـبـاب .... (٢)
- فى مكان مـخـصـص للتـعـاطى .... (٣)
- فـى الـشـــارع .... (٤)
- فـى المقـــهـى .... (٥)
- أخـرى تذكـر ....

س ٧٨ كنت بتحس بإيه لما بتأخذ المخدر اللى حقولك عليه ؟

نوع المخدر	الإحساس
حشيش	
بانجو	
أفيون	
هيروين	
كوداايين	
ماكستون فورت	
أقراص مخدرة	

س ٧٩ طيب كنت بتزود الكمية اللى بتاخذها علشان تحس بالإحساس ده ؟

نعم (١)　　لا (٢)

رابعاً : الإعلام والمخدرات :

س ٨٠ طيب إيه هى معلوماتك عن المخدرات ؟ (متعدد الإجابات)

- بتساعد على نسيان الهموم ....
- المخدرات تعطى إحساس بالحيوية والنشاط ......
- المخدرات بتخلى الواحد مبسوط ومفرفش ......
- المخدرات بتخلى الواحد متوتر ومنفعل ....
- المخدرات بتخلى الواحد حاسس بالخمول والكسل ...

- المخدرات بتساعد على التركيز فى العمل ......
- المخدرات حرام ....
- أخرى تذكر ....

س ٨١ ياترى تقدر تقولى معلوماتك عن المخدرات جبتها منين ؟(متعدد الإجابات)

- إذاعة ....
- تليفزيون ....
- صحافة ....
- سينما ....

س ٨٢ لما بتتفرج على الأفلام والمسلسلات اللى بتتكلم عن المخدرات رأيك فيها إيه ؟

معبرة (١) غير معبرة (٢) لا أشاهد (٣)

س ٨٣ طيب حا سألك على مجموعة من الشخصيات اللى بتعرضها الأفلام ورأيك فيها إيه ؟

الشخصية	رأيه فيها
- المتعاطى	....
- التاجر الكبير	....
- الموزع	....
- مكان التعاطى	....
- دوافع التعاطى	....

- آثار التعاطى ....

س ٨٤ تفتكر إن الصورة لما بتتعرض بتخلى الناس تكره المخدرات وإلا تحبها أكثر ؟

- تكره المخدرات .... (١)

- تحبها أكثر .... (٢)

- لا فائدة منها .... (٣)

- لا أعرف .... (٤)

- أخرى تذكر ....

س ٨٥ عندك فكرة عن أضرار المخدرات ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٨٦إيه هى الأضرار دى ؟

- على الفرد ....

....

....

- على الأسرة ....

....

....

- على المجتمع ....

....

....

خامساً : أفكار وتصورات حول التعاطى :

س ٨٧حا قولك على شوية أفكار ومعتقدات عن المخدرات وتقولى سمعت عنها ولا لأ ورأيك فيها أيه ؟

الأفكار والمعتقدات	يسمع عنها نعم	لم يسمع عنها	رأيك فيها إيه
- بيقولوا أن المخدرات تساعد الواحد ينسي هموم الدنيا (يعني بتروق الدماغ)	....	....	....
- فيه ناس بتقول أن الواحد لما يأخذ المخدر يعيش في عالم الأحلام	....	....	....
- أن المخدرات بتنشط الواحد جنسياً	....	....	....
- سمعت أن المخدرات بتخلي الواحد بيحس بنشوة أكثر في المعاشرة الجنسية	....	....	....
- المخدرات تخلي الواحد قوي وشجاع ويقدر يعمل أي حاجة	....	....	....
- فيه ناس بتقول أن اللي بيحشش بيكون دمه خفيف ويفرقش القعدة	....	....	....
- المخدرات بتساعد الواحد إنه بيشتغل فترات طويلة من غير تعب	....	....	....
- المخدرات بتساعد الواحد إنه يبدع ويمخمخ	....	....	....
- المخدرات بتريح الواحد من المتاعب الجسمية	....	....	....
- يقال أن الولد اللي بيشرب مخدرات يعجب	......	......	......

س ٨٨ طيب فيه حاجة ثانية تعرفها أو تسمعها عن المخدرات مقلتلكش عليها ؟

- ....

- ....

س ٨٩ رأيك المخدرات دى حلال ولا حرام ؟

- حلال .... (١)

- حرام .... (٢)

- لا أعرف .... (٣)

- أخرى تذكر ....

س ٩٠ يا ترى أنت عارف أن فيه قانون لمكافحة المخدرات ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٩١ تعرف ايه عن العقوبات اللى فى حالات التعاطى والإدمان ؟ (متعدد الإجابات)

- السجن للمتعاطى أو المدمن ....

- العلاج الزامى للمدمن ....

- إذا قدم المدمن نفسه للعلاج بإرادته لا عقوبة عليه ....

- وجود غير المتعاطى فى مكان مخصص للتعاطى يعاقب كالمتعاطى ...

س ٩٢ يا ترى ايه رأيك فى العقوبات دى ؟

- مناسبة .... (١)

- غير مناسبة .... (٢)

- محتاجة تشديد علشان تكون ملزمة أكثر .... (٣)

س ٩٣ هل يا ترى أنت عارف أن فيه قانون بيقول لو المدمن قدم نفسه للعلاج بإرادته لا عقوبه عليه ؟

نعم (١) لا (٢)

س ٩٤ طيب أنت شايف أن الجهود اللى بتقوم بيها الدولة كافية للقضاء على المخدرات ؟

نعم (١)   لا (٢)

س ٩٥ فى حالة (لا) أذكر الأسباب ؟

....

....

....

س ٩٦ أنت شايف فيه طريقة ممكن نقضى بيها على مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات ؟

نعم (١)   لا (٢)

س ٩٧ لمن قال (نعم) إيه هى الطريقة دى ؟ (متعدد الإجابات)

- فتح مجالات عمل للشباب ....
- التوعية بأضرار المخدرات ....
- التوعية بين تلاميذ المدارس وطلبة الجامعات ....
- التوعية عن طريق وسائل الإعلام ....
- القضاء على كبار التجار ....
- تشديد الرقابة على الصيدليات وشركات الأدوية ....
- تشديد العقوبة ....
- توفير مصحات مجانية لعلاج المدمنيين ....

س ٩٨ (لم قال لا) ليه (أذكر الأسباب) ؟

....

....

....

....

....

س٩٩ لو كنت ضابط شرطة ماذا تفعل للقضاء على هذه المشكلة ؟

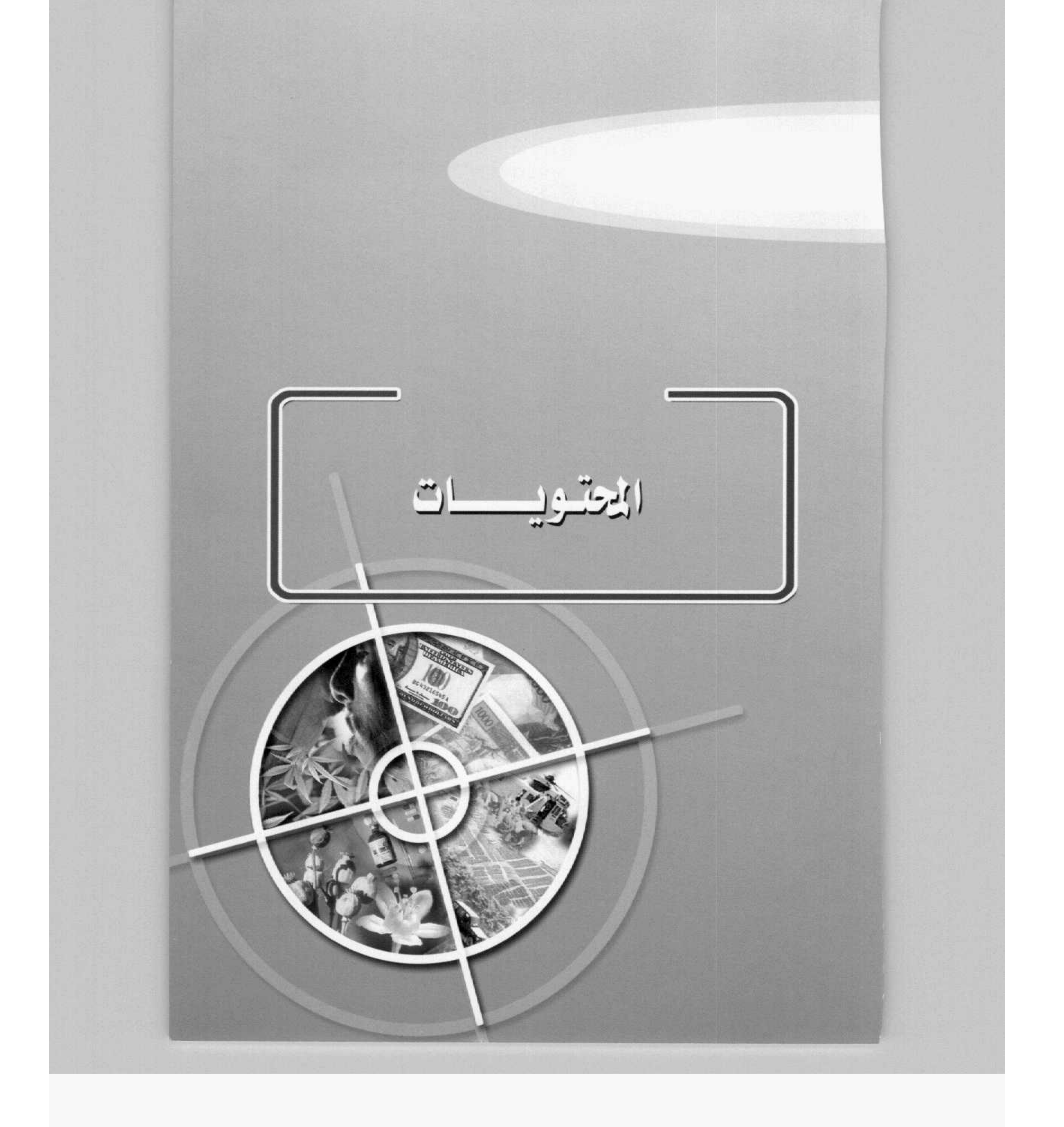
....

....

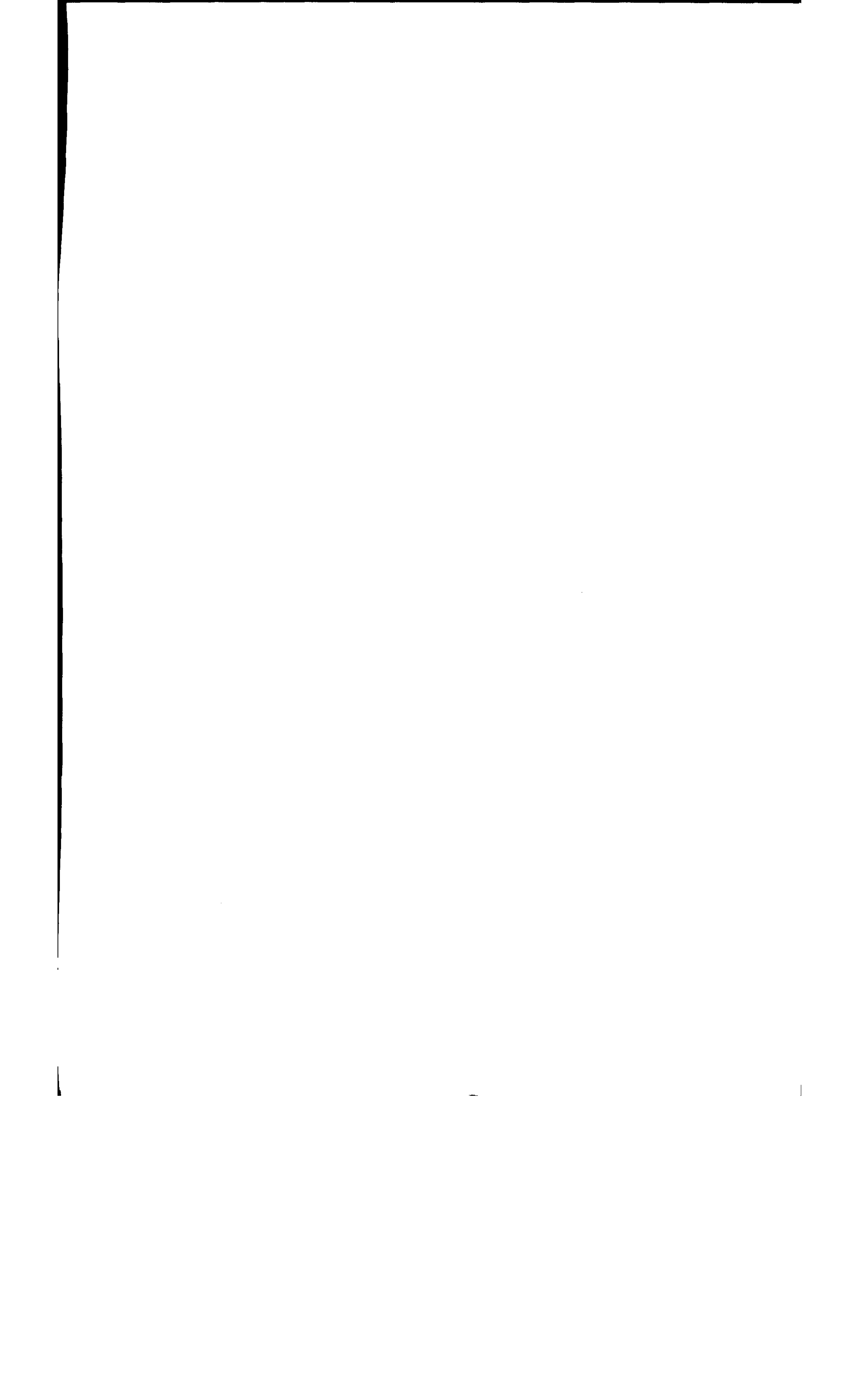
....

....

قائمة الجداول



المحتويات



المشكلة فى أرقام[1] :

* ١٣ مليون مدخن فى مصر يدخنون ٨٥ مليار سيجارة سنويا .
* ٥٣٩ ألف طفل أقل من ١٥ سنة مدخنون ، منهم ٧٤ ألف طفل أقل من ١٠ سنوات .
* رجال التعليم أكثر الفئات المهنية تدخينًا ، ونسبة المدخنين منهم تصل إلى ٤٥ ٪ ، و٧٪ من المدخنات مدرسات .
* ٢٠ ٪ من المراهقين مدخنون .
* ٢٧٪ انخفاض فى انتاج العامل المدخن أو المدمن .
* ٤ آلاف طفل حديثى الولادة يموتون سنويا بسبب تدخين الأم .
* ٤ آلاف مادة كيماوية فى السيجارة منهم ٣٤ مادة قاتلة .
* ٣٥٪ نسبة متعاطى البانجو تحت سن ١٨ سنة .
* ٣٤ مليار جنيه خسائر مصر من التدخين سنويًا وأكثر من ٥٤٠ مليون جنيه عجزاً فى ميزان المدفوعات بسبب التدخين .
* ٨٠٠ مليون جنيه أرباح شركة سجاير أجنبية واحدة فى السوق المصرية فى عام .

(١) المجلس القومى للطفولة والأمومة، المؤتمر القومى لمكافحة الأدمان ، القاهرة ٢٢-٢٣ أبريل ٢٠٠١ .



رقم الإيداع: ١٤٥٩٢ / ٢٠٠٣

الترقيم الدولى (I.S.B.N.) 977-5229-25-1